

**DIAGNÓSTICO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE EMPLEO Y
FOMENTO EMPRESARIAL DE BUCARAMANGA BAJO LA NORMA TÉCNICA
COLOMBIANA DE LA GESTIÓN PÚBLICA 1000:2004 (NTC GP 1000:2004)**

YENNI ASTRID HERNÁNDEZ GÓMEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2010

**DIAGNÓSTICO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE EMPLEO Y
FOMENTO EMPRESARIAL DE BUCARAMANGA BAJO LA NORMA TÉCNICA
COLOMBIANA DE LA GESTIÓN PÚBLICA 1000:2004 (NTC GP 1000:2004)**

YENNI ASTRID HERNANDEZ GOMEZ

**Proyecto de Grado para optar por el título de
Ingeniera Industrial**

Director

Ing. JORGE ELIECER FIGUEROA VARGAS

Co-director

JAVIER ENRIQUE PINZON

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2010**

DEDICATORIA

A Dios por guiarme por el buen camino, por darme la fortaleza y la sabiduría para culminar con éxito este gran reto.

A mis padres Irma Lucía y Hernando Hernández que son las personas más importantes de mi vida pues con sus esfuerzos, enseñanzas y el apoyo incondicional que me han brindado en el transcurso de esta etapa de mi vida, gracias a estos seres tan hermosos que Dios me regalado he logrado culminar exitosamente este triunfo; por todo esto dedico con todo el amor del mundo esta meta tan anhelada.

A mis hermanos que han estado apoyándome en toda decisión que he tomado.

A mi novio Edwin Castro que ha estado en todos los momentos difíciles de mi vida apoyándome y dándome una palabra de aliento.

CON MUCHO CARIÑO PARA LAS PERSONAS QUE MAS AMO

Yenni Astrid Hernández Gómez

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios por darme la oportunidad de culminar con éxito este reto, por guiarme por el camino correcto y por estar presente en los momentos difíciles sin dejarme caer.

Agradezco a mis padres por brindarme todos los medios necesarios, los consejos y el apoyo incondicional en mi vida universitaria.

Doy gracias a mi hermano Hugo por los conocimientos que me ha brindado en el desarrollo de mi proyecto.

También doy gracias a Edwin mi novio por darme el apoyo y la comprensión para la culminación de esta meta.

Así mismo doy gracias a mi director de proyecto por sus aportes, orientaciones y sus valiosas enseñanzas en el desarrollo del presente documento.

De igual manera doy gracias a todos los funcionarios, contratistas y en especial al Doctor Javier Enrique Pinzón y Carlos Alberto Rengifo por sus enseñanzas, apoyo, compromiso y disposición para llevar a cabo todo el proceso de diagnóstico, documentación e implementación del SGC en el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga “**IMEBU**”.

Por último doy gracias a la Escuela de Estudios Industriales y Empreaiales por haberme formado en el transcurso de la carrera como persona líder y emprendedora para asumir todos los roles con éxito en la vida profesional.

RESUMEN

TÍTULO: DIAGNÓSTICO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE EMPLEO Y FOMENTO EMPRESARIAL DE BUCARAMANGA BAJO LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTC-GP 1000-2004*

AUTORES: YENNI ASTRID HERNÁNDEZ GÓMEZ**

PALABRAS CLAVE: Sistema de Gestión de la Calidad, NTC GP1000:2004, Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga

Según lo establecido por la ley 873 de 2003, la cual estipula la creación de un Sistema de Gestión de Calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social, motivo por el cual el IMEBU ve la necesidad de implementar el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NTCGP 1000:2004 con el fin de mejorar la gestión en el instituto y dar cumplimiento a los requisitos legales, ya que esta norma es obligatoria para todas las entidades y organismos de la Rama Ejecutiva del Poder Público y de otras entidades prestadoras de servicios. Esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en identificar actividades y relacionarlas entre sí, trayendo como ventaja el control continuo que proporciona sobre los vínculos individuales, así como en su combinación e interacción.

La norma NTCGP 1000:2004 es de aplicación genérica y no es su propósito establecer uniformidad en la estructura y documentación del Sistema de Gestión de Calidad, ya que este grupo de entidades están influenciadas por diferentes marcos legales, objetivos, estructuras, tamaños, necesidades, procesos y servicios que suministran; lo que se pretende es establecer una cultura de cambio en todas las entidades públicas con el fin de un mejoramiento continuo.

En el contenido de este proyecto se describe la metodología que se utilizó en el proceso de documentación e implementación del SGC aplicando el ciclo PHVA en cada uno de los procesos que conforman el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga, dividiendo este ciclo en 6 etapas siendo estas: planificación, capacitación, documentación, implementación, auditorías y el tratamiento de los hallazgos. En cada una de las etapas se describen las diferentes actividades que se llevaron a cabo para dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la norma.

* Trabajo de Grado

** Facultad De Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela De Estudios Industriales Y Empresariales. Director Ing. Jorge Eliecer Figueroa Vargas

ABSTRACT

TITLE: DIAGNOSIS, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF THE SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT OF MUNICIPAL INSTITUTE OF EMPLOYMENT AND BUSINESS PROMOTION OF BUCARAMANGA UNDER THE STANDARD OF QUALITY IN TECHNICAL GOVERNANCE 1000-2004 NTC-GP *

AUTHOR: YENNI ASTRID HERNÁNDEZ GÓMEZ**

KEY WORDS: System of Quality Management, NTC GP1000: 2004, Municipal Institute of Employment and Entrepreneurship in Bucaramanga

As provided by law 873 of 2003, which stipulates the creation of a Quality Management System of the State agencies, as a management tool that enables systematic and transparent management, and evaluation of institutional performance in terms of quality and social satisfaction, which is why the IMEBU see the need to implement the Quality Management System based on NTCGP 1000:2004 standard in order to improve management at the institute and comply with legal requirements, because this rule is mandatory for all entities and agencies of the Executive Branch of the Public Power and other bodies providing services. This standard promotes the adoption of a process approach, which is to identify activities and relate to each other, bringing the advantage of the continuous control over individual links, as well as their combination and interaction.

NTCGP 1000:2004 standard is of generic application and is not its purpose to establish uniformity in the structure and documentation of Quality Management System, as this group of entities are influenced by different legal frameworks, objectives, structures, sizes, needs, processes and services provided, the aim is to establish a culture of change in all public bodies to continuous improvement.

The content of this draft describes the methodology used in the process of implementation and documentation of the SGC applying the PHVA cycle in each of the processes that make the Municipal Institute of Employment and Entrepreneurship in Bucaramanga, dividing the cycle in six stages, these being: planning, training, documentation, implementation, auditing and processing of the findings. Each stage describes the various activities carried out to comply with the requirements of the standard.

* Work of Degree

** Faculty Of Engineerings Physicist - mechanics. School Of Industrial And Managerial Studies. The director Ing. Jorge Eliecer Figueroa Vargas

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	17
1.1 TÍTULO DEL PROYECTO	17
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
1.4 ALCANCE DEL PROYECTO	19
1.5 OBJETIVOS	19
1.5.1 Objetivo general	19
1.5.2 Objetivos específicos	19
2. MARCO REFERENCIAL	21
2.1 MARCO TEÓRICO	21
2.1.2 Beneficios de los sistemas de la gestión de la calidad	24
2.1.3 Ciclo PHVA	26
2.1.4 Familia de normas ISO 9000	28
2.1.5 Principios de los sistemas de gestión de calidad.	29
2.1.6 Norma técnica de la calidad en la gestión pública NTC GP1000:2004	34
2.1.7 Diferencias entre ISO 9001 Y NTCGP 1000:2004.	37
2.2 MARCO CONCEPTUAL	37
2.2.1 Términos y definiciones	38
2.3 MARCO CONTEXTUAL.....	43
2.3.1 Información general	43
2.3.2 Reseña histórica	43
2.3.3 Misión.....	44
2.3.4 Visión	44
2.3.5 Estructura organizacional.....	45

2.4 MARCO LEGAL.....	46
3. METODOLOGÍA	48
3.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL DEL IMEBU	48
3.1.1 Interpretación de resultados para la matriz de diagnóstico.....	51
3.2 PLANEACIÓN.....	51
3.2.1 Grupo de trabajo	53
3.2.2 Creación de la política de calidad	53
3.2.3 Definición de los objetivos de calidad	53
3.2.4 Identificación de procesos.....	54
3.2.5 Definición red de procesos.....	57
3.2.6 Diseño del tablero estratégico de indicadores	61
3.3 CAPACITACIONES	62
3.4 DOCUMENTACIÓN.....	63
3.4.1 Identificación de los documentos	64
3.4.2 Diseño y elaboración de documentos	64
3.4.3 Manual de calidad.....	66
3.5 IMPLEMENTACIÓN.....	67
3.5.1 Sensibilización del personal.....	67
3.5.2 Socialización de las directrices del sistema de gestión de calidad	68
3.5.3 Socialización de la documentación	68
3.5.4 Modificación en la documentación.	69
3.6 TRATAMIENTO DE HALLAZGOS.....	69
3.6.1 Evaluación de hallazgos	70
3.6.2 Revisión por la dirección	70
3.6.3 Desarrollo de auditorías internas de calidad	71
3.6.4 Determinación y seguimiento de acciones correctivas	74
4. DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA METODOLOGÍA.....	75
4.1 Planeación.	75
4.1.1 Resultados obtenidos de la encuesta de diagnóstico	80

4.1.2 Resultados obtenidos de la matriz de diagnóstico	80
4.2 Capacitación	81
4.3 Documentación (hacer).....	83
4.4 Implementación (Hacer).....	85
4.5 AUDITORIAS Y SEGUIMIENTO (VERIFICAR)	86
4.6 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE HALLAZGOS	88
4.6.1 Acciones Correctivas	88
5. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO	94
6. CONCLUSIONES	96
7. RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFÍA.....	100
ANEXOS.....	101

INDICE DE ANEXOS

Anexo1. Normograma.....	102
Anexo 2. Encuesta de diagnóstico.....	104
Anexo 3. Resultados de la ponderación de la encuesta.	122
Anexo 4. Matriz de diagnóstico.....	127
Anexo 5. Taller aplicado para la creación de la política de calidad.....	130
Anexo 6. Manual de calidad.....	133
Anexo 7. Formato de asistencia a formación.....	147
Anexo 8. Codificación de documentos.....	148
Anexo 9. Procedimientos obligatorios.....	149
Anexo 10. Informe de auditoria.....	166
Anexo 11: Plan de auditoria.....	180
Anexo 12. Formato de Acciones Correctivas y Preventivas.	181

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre ISO 9001 Y NTCGP1000:2004	37
Tabla 2. Normatividad	47
Tabla 3. Valores de evaluación.....	49
Tabla 4. Método de ponderación	49
Tabla 5 Criterios para la interpretación de resultados.....	50
Tabla 6. Criterios interpretación de resultados matriz de diagnóstico.....	51
Tabla 7. Plan de actividades a realizar	51
Tabla 8. Tablero estratégico de indicadores	61
Tabla 9. Hoja de vida del indicador	62
Tabla 10. Información general de auditorías	73
Tabla 11. Plan de capacitación	81
Tabla 12. Reporte de no conformidades, fortalezas y observaciones.....	86
Tabla 13. Acciones correctivas de la auditoría.....	89
Tabla 14. Plan de acción según los resultados obtenidos de la segunda auditoría	93
Tabla 15. Cumplimiento de objetivos	94

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo PHVA	27
Figura 2. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos	35
Figura 3. Organigrama Imebu	46
Figura 4. Mapa de procesos del IMEBU	58
Figura 5. Identificación de los documentos	64
Figura 6. Estructura del código	65
Figura 7. Tablero estratégico de indicadores	76
Figura 8. Modelo de indicadores de gestión	80
Figura 9. Proceso de documentación	83
Figura 10. Relación de documentos	84

INTRODUCCIÓN

La calidad es una herramienta básica en todas las organizaciones, pues se ha convertido en el norte tanto de las entidades públicas como privadas, siendo su principal objetivo proporcionarle a los ciudadanos servicios y productos acordes a sus necesidades, por ende es importante que las instituciones públicas se unan a este grupo de organizaciones ya que tienen el cliente más exigente el cual juega un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada.

El instituto municipal de empleo y fomento empresarial de Bucaramanga siendo un establecimiento público con personería jurídica, dotado de autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, se ve interesado en mejorar día a día su nivel de servicio y su efectividad en el cumplimiento de su misión y visión.

Por esta razón, y en compromiso al cumplimiento de lo establecido en el artículo 6º de la ley 872 del 30 de diciembre de 2003, IMEBU como entidad pública ve la necesidad de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, tomando como referente la norma NTCGP 1000-2004.

En el IMEBU se maneja un enfoque basado en procesos y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios contribuyendo en la consolidación de una organización, haciendo parte de un mejoramiento continuo, el cual se refleja en la optimización, coordinación y unificación de todos los procesos del instituto; para ello es necesario considerar algunas normas y parámetros legales establecidos en la función pública y los principios contemplados dentro del instituto.

Los documentos base para la elaboración del Sistema de Gestión de Calidad en el IMEBU fueron principalmente las normas de la serie ISO 9000. De tal forma que la

implementación de la norma permite el cumplimiento de la norma internacional ISO 9001, puesto que ajusta la terminología y los requisitos de ésta a la aplicación específica en las entidades obligadas. Sin embargo, la norma NTC GP 1000:2004 integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO.

En el desarrollo y cumplimiento del proceso de documentación e implementación del SGC bajo la NTC GP1000:2004 se ha contado con la participación de todos los funcionarios, contratistas y asesores externos quienes han aportado la información y los conocimientos necesarios.

El presente documento describe cada una de las etapas establecidas dentro del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma NTC-GP 1000:2004, donde se contemplan todos los documentos y registros aplicados en el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga.

ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO

Diagnóstico, documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga bajo la Norma Técnica de Calidad de Gestión Pública 1000:2004 (NTC GP 1000:2004).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga no posee en la actualidad un sistema de gestión de calidad, requisito exigido por la ley 872 de 2003 para todas las instituciones que forman parte de la gestión pública para evaluar el desempeño institucional.

Este hecho ha pasado a convertirse en un eje generador de inconvenientes para el IMEBU, ya que no está cumpliendo con las normas legales vigentes ni con los procesos de gestión de calidad exigidos en la actualidad.

Además, de los aspectos legales antes mencionados, el IMEBU reconoce la importancia de implementar un sistema de gestión de calidad que pase a convertirse en una herramienta que permita aumentar la satisfacción del cliente y suministrarle servicios y productos que cumplan con sus requerimientos. Igualmente se busca mejorar cada uno de los procesos realizados, logrando que el personal se comprometa con los lineamientos dados por la norma NTC-GP 1000:2004.

Hoy por hoy, en el IMEBU los funcionarios realizan sus labores basadas en su experiencia y en los elementos teóricos adquiridos en su formación técnica y profesional, dejando a un lado los parámetros establecidos por dichas normas. Es importante recalcar el interés y compromiso mostrado por los funcionarios del Instituto, ya que este es un paso fundamental para el éxito de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Con el desarrollo del presente proyecto se busca establecer en el IMEBU unos procedimientos claros y sencillos que faciliten el entendimiento secuencial y el manejo de recursos de usuarios, beneficiarios o destinatarios, logrando cumplir de manera eficaz, eficiente y efectiva con su misión, e igualmente que de cumplimiento a la ley 872 de 2003.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga esta interesado en mejorar su posicionamiento y en adquirir una mejor estructura organizacional, motivo por el cual decide implementar el Sistema de Gestión de Calidad, el cual le permite diseñar y documentar cada uno de los procesos desarrollados en el interior del instituto.

Por tal motivo es pertinente y oportuno adoptar la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública reglamentada por la ley 872 del 2003, mediante procesos de planeación, capacitación y documentación basados en la norma, la cual garantiza el desarrollo de procesos reglamentados en la ley.

1.4 ALCANCE DEL PROYECTO

El alcance del presente proyecto va desde el diseño, documentación, la implementación del sistema de gestión de calidad bajo la norma NTCGP 1000:2004 hasta la realización de dos auditorías internas a todo el Sistema de Gestión de Calidad en el instituto municipal de empleo y fomento empresarial de Bucaramanga.

Terminado el proyecto se espera que el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga cuente con los requisitos exigidos por la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública 1000:2004, (NTC GP1000:2004) y lo tomen como parte de su cultura organizacional logrando así unificar su terminología y estandarizar sus procesos, así mismo incluir dos Auditorías Internas las cuales permiten detectar si el sistema es conforme con los requisitos de esta norma y los del sistema de gestión de calidad y de esta forma buscar acciones preventivas, correctivas y de mejora que ayuden en el perfeccionamiento del sistema.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general. Identificar, documentar e implementar cada uno de los procesos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga bajo la norma NTC GP1000:2004.

1.5.2 Objetivos específicos. Realizar un análisis del diagnóstico general del Instituto que permita evaluar el estado actual en cuanto a Gestión de Calidad basada en la NTC-GP 1000:2004.

- Extraer información del sistema a través de registros y evidencias que permitan la documentación y estandarización de los procesos.
- Capacitar a todos los funcionarios del instituto por medio de talleres didácticos que permitan la sensibilización del personal en la implementación de la NTC GP 1000-2004.
- Plantear y documentar cada uno de los procedimientos establecidos en el sistema, garantizando el buen funcionamiento del instituto bajo la NTC-GP 1000:2004.
- Implementar estrategias de capacitación que faciliten la retroalimentación al personal sobre los procesos y procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad en Gestión Pública, su funcionamiento y su respectiva documentación (documentos, instructivos, registros, etc.) para un mejor desempeño del Instituto.
- Integrar los diversos procesos implementados bajo la NTC-GP 1000:2004.
- Desarrollar dos auditorías internas al sistema para evidenciar aspectos relevantes que permitan generar mejoras continuas a través de acciones correctivas, preventivas y planes de mejora.
- Plantear indicadores que permitan evidenciar la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Evolución histórica del sistema de gestión de calidad. La 1° etapa inicia desde la revolución industrial hasta 1930. La revolución industrial, desde el punto de vista productivo, representó la transformación del trabajo manual por el trabajo mecanizado.

En los principios de 1900 surge el supervisor, que muchas veces era el mismo propietario, el cual asumía la responsabilidad por la calidad del trabajo. Durante la primera guerra mundial, los sistemas de fabricación se hicieron más complicados y como resultado de esto aparecen los primeros inspectores de calidad a tiempo completo, esto condujo a la creación de las áreas organizativas de inspección separadas de las de producción.

En 1931, Walter Shewhart publicó " Economic Control of Quality of Manufactured Products " (Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados), en el que se plantean los principios básicos del control de la calidad, sobre la base de métodos estadísticos, centrándose en el uso de cuadros de control. Convirtiéndose así en el padre del control de calidad moderno (aunque algunos autores dan esta paternidad a Deming, debemos considerar que los estudios de Deming se basaron inicialmente en los de Shewhart).

- 2° Etapa.1930-1949. Los aportes que la tecnología ofrecía a la economía de los países capitalistas desarrollados eran de un valor indiscutible. Sin embargo, se confrontaban serios problemas con la productividad en el trabajo.

Este estado permaneció más o menos similar hasta la segunda guerra mundial, donde las necesidades de la enorme producción en masa, requirieron del control estadístico de la calidad; siendo ésta la contribución más significativa en la introducción de la inspección por muestreo, en lugar de la inspección al 100 por ciento.

Después del aporte de Shewhart, en 1941 y 1942 se aprobaron y publicaron los "Estándares Z " conocidos como los estándares de la guerra, que enfocaban el uso de los cuadros de control para el análisis de datos y su aplicación durante la producción. También en 1941 Leslie E. Simons publicó "un manual de métodos estadísticos para ingenieros". La serie de normativas internacionales ISO 9000 es resultante de acciones y necesidades surgidas durante la segunda guerra mundial.

El interés principal de esta época se caracterizó por el control que garantice no sólo conocer y seleccionar los desperfectos o fallas de productos, sino también la toma de acciones correctivas sobre los procesos tecnológicos.

Los inspectores de calidad continuaban siendo un factor clave del resultado de la empresa, pero ahora no sólo tenían la responsabilidad de la inspección del producto final, sino que estaban distribuidos a lo largo de todo el proceso productivo. Se podría decir que en esta época "la orientación y enfoque de la calidad pasó de la calidad que se inspecciona a la calidad que se controla".

- 3º Etapa.1950-1979. Corresponde al período posterior a la segunda guerra mundial, en donde la calidad inicia con la idea de hacer hincapié en la inspección, tratando de no sacar a la venta productos defectuosos¹.

¹ Ing. Arturo Luis Romero y Lic. Sandar Luis Miranda. "La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y terminos asociados. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-sociados.htm>.

Al transcurrir el tiempo se detectó que el problema de los productos defectuosos no era sólo de inspección, que realmente radicaba en las etapas del proceso y no era suficiente con la inspección estricta para eliminarlos; por esta razón se pasa de la inspección al control de todos los factores del proceso, abarcando desde la identificación inicial hasta la satisfacción final de todos los requisitos y las expectativas del cliente.

En esta etapa se concluyó que el enfoque correcto era la coordinación de todas las áreas organizativas en función del objetivo final: la calidad del producto y/o servicio.

A pesar de esto, predominaba el sentimiento de vender lo que se producía. En este momento histórico se pasa a producir con mayor calidad a fin de poder vender lo mejor, considerando las necesidades del consumidor y produciendo en función del mercado.

A finales de la década del 1950 continúa el enfoque con un nuevo giro de "inspeccionar y asegurar la calidad". En esta etapa Phil Crosby (Crosby, 1979) define la calidad como: ajustarse a las especificaciones o conformidad de algunos requisitos.

- 4° Etapa. Década del 80. Se caracterizó por la dirección estratégica de la calidad, encaminada al perfeccionamiento continuo en toda la empresa.

El énfasis principal de esta etapa no es sólo el mercado de manera general, sino el conocimiento de las necesidades y expectativas de los clientes, para construir una organización empresarial que satisfaga a los clientes.

La responsabilidad de la calidad es en primer lugar de la alta dirección, la cual debe liderarla y deben participar todos los miembros de la organización. En esta etapa, la calidad era vista como “una oportunidad competitiva, la orientación o enfoque se concibe como la calidad se administra”.

W. E. Deming (Deming, 1982), define esta etapa como: El grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente².

En 1987 BS 5750 se convierte en ISO 9000 bajo el endoso de la Organización Internacional para la Normalización. ISO, es una confederación de países, con base en Ginebra (Suiza), cuya función es promover estándares para productos y servicios.

ISO 9000 se adopta para facilitar el comercio global. Para llegar a la norma se requiere del apoyo y votación de un 75% de los países de la confederación.

A partir de ese momento se empiezan a adoptar las normas ISO 9000 como estándar mundial con lo referente a la gestión de la calidad; hasta este entonces y debido a los cambios tecnológicos, cambios de mentalidad y a la globalización de los mercados se han realizado tres revisiones de esta norma, las cuales han generado tres versiones: la versión 1994, la versión 2000 y la versión 2008 con la cual se trabaja actualmente.

2.1.2 Beneficios de los sistemas de la gestión de la calidad. El análisis de los beneficios de la adecuada implementación de un SGC, puede realizarse considerando dos puntos de vista: uno externo a la empresa y otro interno.

² <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-asociados.htm>.

El primer punto de vista se explica a través de la relación entre la organización y su actividad: sus clientes (actuales y potenciales), sus competidores, sus proveedores, sus socios estratégicos. Entre los beneficios externos de la empresa se pueden mencionar:

- Mejoramiento de la imagen de la empresa, proveniente de sumar al prestigio actual de la organización la consideración que proporciona demostrar que la satisfacción del cliente es la principal preocupación de la empresa.
- Refuerzo de la confianza entre los actuales y potenciales clientes, de acuerdo a la capacidad que tiene la empresa para suministrar en forma consistente los productos y/o servicios acordados.
- Mejoramiento de la posición competitiva, expresado en aumento de ingresos y de participación de mercado.
- Aumento de la fidelidad de clientes, a través de la reiteración de negocios y referencia o recomendación de la empresa.

Desde el punto de vista interno de la empresa, surgen otros beneficios que no sólo posibilitan la existencia de los primeros, sino que además permiten sustentarlos en el tiempo, favoreciendo el crecimiento y adecuado desarrollo de la organización.

Los beneficios de orden interno de mayor relevancia son:

- Aumento de la productividad, por mejoras en los procesos internos, que surgen cuando todos los componentes de una empresa no sólo saben lo que tienen que hacer sino que además se encuentran orientados a hacerlo hacia un mayor aprovechamiento económico.

- Mejoramiento de la organización interna, lograda a través de una comunicación más fluida, con responsabilidades y objetivos establecidos.
- Incremento de la rentabilidad, como consecuencia directa de disminuir los costos de producción de productos y servicios, a partir de menores costos por reprocesos, reclamos de clientes, o pérdidas de materiales, y de minimizar los tiempos de ciclos de trabajo, mediante el uso eficaz y eficiente de los recursos.
- Orientación hacia la mejora continua, que permite identificar nuevas oportunidades para mejorar los objetivos ya alcanzados.
- Mayor capacidad de respuesta y flexibilidad ante oportunidades cambiantes del mercado.
- Mejoramiento en la motivación y el trabajo del personal, que resultan los factores determinantes para un eficiente esfuerzo colectivo de la empresa, destinado a alcanzar las metas y objetivos de la organización.
- Mayor habilidad para crear valor, tanto para la empresa como para sus proveedores y socios estratégicos.

2.1.3 Ciclo PHVA. Conocido también como ciclo Deming o ciclo de mejora continua, este concepto fue desarrollado originalmente en 1920 por Walter Shewhart, pionero del control estadístico de la calidad, pero su gran difusión y uso se le atribuye al Dr. William E. Deming, para el mejoramiento de la calidad del Japón a partir de los años 50.

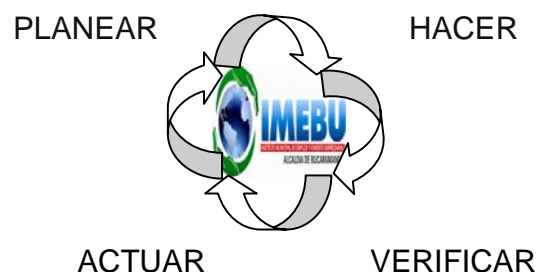
El concepto de PHVA es algo que está presente en todas las áreas de nuestra vida profesional y personal, y se utiliza continuamente, tanto formalmente como de manera informal, consciente o subconscientemente, en todo lo que hacemos.

Dentro del contexto de un sistema de gestión de la calidad, el ciclo Deming es una metodología dinámica que puede ser desplegada dentro de cada uno de los procesos de la organización y sus interacciones. Está íntimamente relacionado con la Planificación, implementación, verificación y mejora continua, tanto en la realización del producto o prestación del servicio, como en otros procesos del SGC.

La metodología conocida como “Planificar, Hacer, Verificar y Actuar” (PHVA) puede describirse como:

- **Planificar:** establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la entidad.
- **Hacer:** implementar los procesos.
- **Verificar:** realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos y/o servicios respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto y/o servicio, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos. (Ver figura 1).

Figura 1. Ciclo PHVA



Fuente: Autor del proyecto

2.1.4 Familia de normas ISO 9000. La sigla ISO significa International Organization for Standardization, es la agencia internacional especializada en crear estándares y está integrada por los institutos de estandarización de alrededor de 130 países miembros. Su oficina principal se encuentra en Ginebra, Suiza.

Las normas ISO 9000 se refieren a una serie de normas universales que definen un sistema de "Garantía de Calidad" en el diseño, el desarrollo, la producción, la instalación y el servicio desarrollado por la Organización Internacional de Normalización y adoptado por 90 países en todo el mundo. ISO está compuesta por representantes de normas nacionales de más de 100 países. El propósito de ISO es promover el desarrollo de la estandarización y actividades mundiales relativas a facilitar el comercio internacional de bienes y servicios, así como desarrollar la cooperación intelectual, científica y económica.

ISO 9000: "Sistemas de gestión de calidad - **Principios básicos y vocabulario**". La norma ISO 9000 describe los principios de un sistema de gestión de calidad y define la terminología³.

ISO 9001: "Sistemas de gestión de calidad - **Requisitos**". La norma ISO 9001 describe los requisitos relacionados a un sistema de gestión de calidad, ya sea para uso interno o para fines contractuales o de certificación

ISO 9004: "Sistemas de gestión de calidad - **Instrucciones** para mejorar el rendimiento". Esta norma, que no está diseñada con fines contractuales sino para uso interno, se centra particularmente en la mejora constante del rendimiento.

³Jean-François Pillou. Artículo ISO 9000, ISO 9001 e ISO 9004 <http://es.kioskea.net/contents/qualite/iso-9001.php3>.

2.1.5 Principios de los sistemas de gestión de calidad. Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

a) **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder las expectativas del cliente este principio conduce a:

- Investigar y comprender las necesidades y las expectativas del cliente.
- Asegurar que los objetivos de la organización están vinculados con las necesidades y expectativas del cliente.
- Comunicar las necesidades y las expectativas del cliente a toda la organización.
- Medir la satisfacción del cliente y actuar en base a los resultados.
- Gestionar sistemáticamente las relaciones con los clientes.
- Asegurar un enfoque equilibrado entre satisfacer a los clientes y a otras partes interesadas (tales como propietarios, empleados, proveedores, accionistas, la comunidad local y la sociedad en su conjunto).

b) **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización. Esto conduce a:

- Considerar las necesidades de todas las partes interesadas incluyendo clientes, propietarios, proveedores, accionistas, comunidades locales y la sociedad en su conjunto.
- Establecer una visión clara del futuro de la organización.
- Establecer metas y objetivos desafiantes.
- Crear y mantener valores compartidos, transparencia y modelos éticos en todos los niveles de la organización.
- Establecer la confianza y eliminar los temores.
- Proporcionar a las personas los recursos necesarios, capacitación y libertad para actuar con responsabilidad.
- Inspirar, alentar y reconocer las contribuciones de las personas.

c) **Participación del personal:** el personal, en todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. Este principio conduce a que sus integrantes:

- Comprendan la importancia de su contribución y función en la organización.
- Identifiquen las restricciones en su desempeño.
- Hagan suyos los problemas y se sientan responsables de su solución.

- Evalúen su propio desempeño comparándolos con sus metas y objetivos personales.
- Busquen activamente mejorar su competencia, su conocimiento y su experiencia.
- Compartan libremente su conocimiento y experiencias.
- Discutan abiertamente los problemas y los asuntos de la organización.

d) **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. Este principio conduce a lo siguiente:

- Definir sistemáticamente las actividades necesarias para obtener un resultado deseado.
- Establecer responsabilidades claras para gestionar las actividades clave.
- Analizar y medir la capacidad de las actividades clave.
- Identificar las interfaces de las actividades clave dentro y entre las funciones de la organización.
- Identificar los factores, tales como recursos, métodos y materiales, que mejorarán las actividades clave de la organización.
- Evaluar los riesgos, las consecuencias y los impactos de las actividades sobre los clientes, los proveedores y otras partes interesadas.

e) **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. Este principio conduce a:

- Estructurar un sistema para lograr los objetivos de la organización en la forma más eficaz y eficiente.
- Comprender las interdependencias entre los procesos del sistema.
- Enfoques estructurados que armonizan e integran los procesos.
- Brindar una mejor comprensión de las funciones y las responsabilidades necesarias para lograr los objetivos comunes y consecuentemente reducir las barreras de funciones cruzadas.
- Comprender las capacidades organizacionales y establecer las restricciones de los recursos previamente a la acción.
- Establecer metas y definir la manera en que determinadas actividades dentro de un sistema deberían operar.
- Mejorar continuamente el sistema mediante la medición y la evaluación.

f) **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta. Este principio conduce a:

- Utilizar un enfoque consistente y amplio de la organización hacia la mejora continua del desempeño de la organización.

- Proporcionar a las personas capacitación en los métodos y las herramientas de la mejora continua.
- Hacer de la mejora continua de los productos, los procesos y los sistemas el objetivo de cada individuo de la organización.
- Establecer metas para guiar y medidas para trazar la mejora continua.
- Reconocer y tomar conocimiento de las mejoras.

g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información; esto conduce a lo siguiente:

- Asegurar que los datos y la información son suficientemente exactos y confiables.
- Hacer que los datos sean accesibles para quien los necesite.
- Analizar los datos y la información empleando métodos válidos.
- Tomar decisiones y acciones basadas en el análisis de los hechos, equilibradas con la experiencia y la intuición.

h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. La aplicación de este principio conduce a lo siguiente:

- Establecer relaciones que equilibran las ganancias a corto plazo con las consideraciones a largo plazo.
- Formación de equipos de expertos y de recursos con los socios.
- Identificación y selección de los proveedores.
- Comunicación clara y abierta.
- Información y planes futuros compartidos.
- Establecer actividades conjuntas de desarrollo y mejora.
- Inspirar, alentar y reconocer las mejoras y los logros de los proveedores.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de normas ISO.

2.1.6 Norma técnica de la calidad en la gestión pública NTC GP1000:2004. En cumplimiento a lo establecido en el artículo 6° de la Ley 872 de 2003, esta norma establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicio⁴. Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

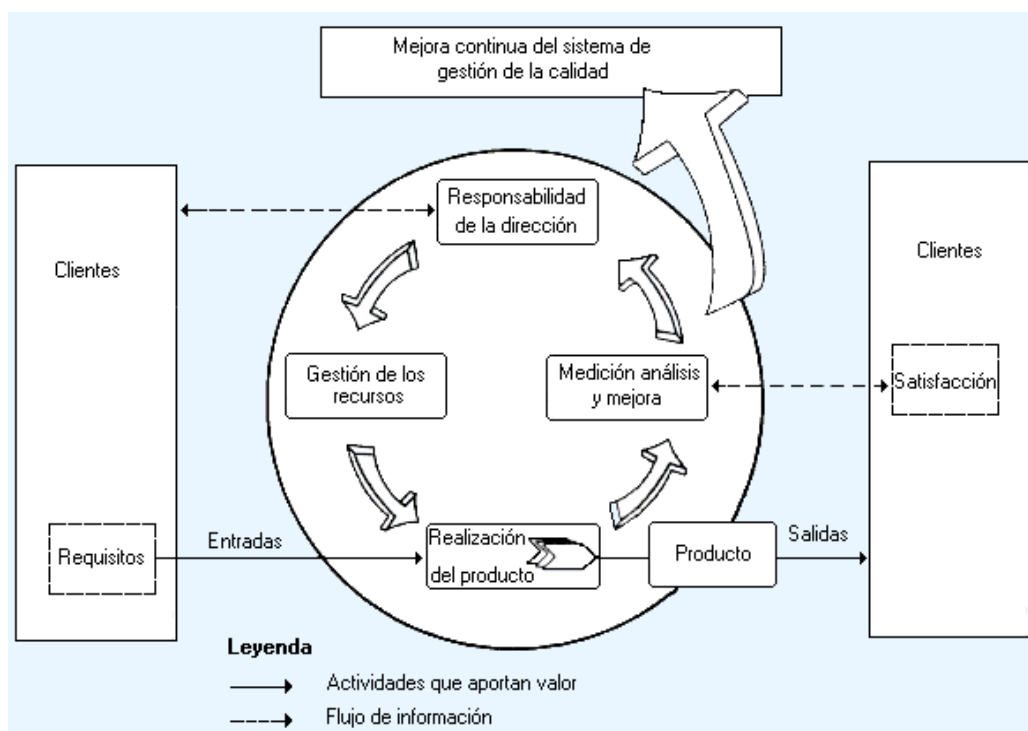
La NTCGP 1000:2004 esta orientada a promover la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar de manera eficaz

⁴ NTCGP 1000:2004. ICONTEC. Pág. 1.

numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales, su combinación e interacción.

El modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos ilustra los vínculos entre los diferentes procesos. (Ver figura 2).

Figura 2. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



Fuente: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública

Este tipo de enfoque, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza sobre la importancia de:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- La obtención de resultados del desempeño y la eficacia del proceso.
- La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

La aplicación de esta norma es genérica y su propósito no es establecer uniformidad en la estructuración y documentación del sistema de gestión de calidad de las entidades, ya que estas están influenciadas por diferentes marcos legales, objetivos, estructuras, tamaños, necesidades, procesos y productos y/o servicios que suministran.

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN DE LA NTCGP 1000:2004.

Esta norma especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades a que se refiere la Ley 872 de 2003, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades⁵.

Cuando no se cumplan con uno o varios requisitos de esta norma, pueden considerarse para su exclusión. Las exclusiones están restringidas a los requisitos expresados en el capítulo 7, tales exclusiones no deben afectar la capacidad o responsabilidad de la entidad para proporcionar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos del cliente y los legales que le son aplicables.

En el IMEBU se excluyen los siguientes numerales:

- 7.3. “Diseño y Desarrollo”: Los procesos desarrollados en la organización han sido establecidos y documentados como parte de la planificación de la realización del producto por lo cual no se realizan actividades de diseño.
- 7.6. “Control de Dispositivos de Seguimiento y Medición”: En los procesos y productos desarrollados en la organización no se emplean dispositivos de seguimiento y medición.

⁵ NTCGP 1000:2004. ICONTEC.

2.1.7 Diferencias entre ISO 9001 Y NTCGP 1000:2004. En este numeral pueden señalarse las siguientes diferencias puntuales entre ISO 9001 Y NTCGP 1000:2004, que es necesario considerar. (Ver tabla No 1)

Tabla 1. Diferencias entre ISO 9001 Y NTCGP1000:2004

DIFERENCIAS ENTRE ISO 9001 Y NTCGP 1000:2004	
ISO 9001	NTCGP 1000:2004
1. Modelo de aplicación voluntario	1. Obligatorio para todas las entidades cubiertas por la Ley 872 de 2003, que estableció el sistema de gestión de calidad en las organizaciones públicas en Colombia.
2. Categoriza los procesos de la organización en tres grupos: procesos de dirección, procesos misionales u operativos y procesos de soporte.	2. Hace categorización explícita de los procesos de la organización en cuatro grupos: procesos estratégicos (de la dirección), procesos de soporte (de gestión de recursos), procesos misionales (de prestación de servicio) y procesos de evaluación (de mejoramiento).
3. Es posible que la entidad seleccione cuáles procesos pueden ser incluidos en el sistema y cuáles no, en función de prioridades estratégicas, disponibilidad de recursos, intereses comerciales, entre otras razones.	3. Es obligatorio que se incluyan todos los procesos de la organización en el sistema de gestión de calidad, pues se entiende que todos son importantes para que se cumpla la misión de la entidad.
4. Involucra en el sistema de gestión de la calidad a los empleados de la organización.	4. Involucra en el SGC tanto a los empleados de la entidad (servidores públicos) como a sus contratistas (particulares que ejercen funciones públicas)
5. Exige identificar y documentar los procesos del sistema de gestión de la calidad.	5. A la exigencia de la ISO 9001 se le agrega el requisito de que en tales procesos se determinen e implementen los puntos de control sobre los riesgos que pueden tener un impacto significativo en la satisfacción de las necesidades de los clientes o que tienen alta probabilidad de ocurrencia.
6. Exige que se establezcan mediciones sistemáticas de la eficacia de los procesos, entendida esta como la "extensión en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados".	6. Le agrega la obligatoriedad de medir la eficiencia y el impacto en la gestión de la organización

Fuente: Sistema de Gestión Integral

2.2 MARCO CONCEPTUAL

En la documentación e implementación del SGC se tuvieron en cuenta los términos y definiciones que se encuentran en la norma NTCGP 1000:2004 y son

aplicables en todos los procesos del Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga.

2.2.1 Términos y definiciones⁶. **Acción correctiva.** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable

- **Acción preventiva.** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Adquisición de bienes y servicios.** Cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la misión de la entidad.
- **Alta dirección.** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.
- **Ambiente de trabajo.** Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- **Auditoría interna.** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Autoridad.** Poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación.

⁶ Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. ICONTEC

- **Calidad.** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Cliente.** Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
- **Competencia.** Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- **Concesión.** Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- **Conformidad.** Cumplimiento de un requisito.
- **Control de la calidad.** Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- **Corrección.** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Documento.** Información y su medio de soporte.
- **Efectividad.** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
- **Eficacia.** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia.** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

- **Enfoque basado en los procesos.** Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en los procesos".
- **Entidades.** Entes de la rama ejecutiva del poder público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.
- **Especificación.** Documento que establece requisitos.
- **Estructura de la entidad.** Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.
- **Gestión.** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.
- **Manual de la calidad.** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.
- **Mejora continua.** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **No conformidad.** Incumplimiento de un requisito.
- **Objetivo de la calidad.** Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Parte interesada.** Organización, persona o grupo que tenga un interés en el desempeño de una entidad.

- **Planificación de la calidad.** Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.
- **Política de la calidad de una entidad.** Intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **Procedimiento.** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Proceso.** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Cada entidad define los tipos de procesos con los que cuenta, típicamente pueden existir, según sean aplicables, los siguientes procesos:

Procesos estratégicos: incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos misionales: incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de apoyo: incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Procesos de evaluación: incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

- **Registro.** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Requisito.** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Responsabilidad.** Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.
- **Revisión.** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos
- **Riesgo.** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
- **Satisfacción del cliente.** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.
- **Sistema.** Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.

- **Sistema de gestión de la calidad para entidades.** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
- **Verificación.** Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

2.3 MARCO CONTEXTUAL

2.3.1 Información General. El Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga “IMEBU”, se encuentra ubicado en la Calle 37 # 12-80. Su número telefónico es: (7) 6423942 y cuenta con su página web www.imebu.gov.co en donde se encuentra información general del instituto y de los programas con los que cuenta.

2.3.2 Reseña histórica. El Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga IMEBU, fue creado mediante acuerdo N0. 030 del 19 de diciembre de 2002, y se encuentra adscrito a la Secretaria de Desarrollo Social del Municipio de Bucaramanga.

Es un establecimiento público de orden municipal con personería jurídica, dotado de autonomía administrativa y financiera, y patrimonio independiente.

En el cumplimiento de sus obligaciones, el IMEBU puede convenir domicilios especiales en otros municipios del país o en el exterior y puede recaudar dineros por la prestación de servicios.

El IMEBU se financia con recursos de varias fuentes: con financiación, fondos de garantías, convenios interinstitucionales, donaciones y, por supuesto, presupuesto municipal.

2.3.3 Misión. Liderar, orientar, coordinar y socializar las acciones de los sectores público y privado, con el objetivo primordial de garantizar el bienestar de toda la población y mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos.

El IMEBU propone, articula, financia y adelanta acciones, en asociación con terceros.

Entre otras funciones, el IMEBU convoca la cooperación de los actores sociales en procesos culturales y económicos que generan ingreso y empleo, utilizando para ello los instrumentos contemplados en la ley.

2.3.4 Visión. Bucaramanga y los municipios del área metropolitana conformarán una gran ciudad digital, productiva y competitiva, en respuesta a las megas tendencias y retos del siglo XXI.

En aras de alcanzar esta visión, el IMEBU concibe, plantea, promueve y crea las condiciones necesarias para que Bucaramanga se pueda convertir en una ciudad de “talento exportable” en el siglo XXI, mediante la aplicación de las nuevas tecnologías al desarrollo local.

El IMEBU participa en el esfuerzo colectivo por mejorar las condiciones de vida de los habitantes de Bucaramanga, a través de políticas encaminadas a impulsar el desarrollo económico y social de la ciudad, con tres propósitos:

- Analizar las causas y plantear soluciones al desempleo y subempleo.

- Promover la formación orientada al trabajo digno y productivo.
- Implantar el desarrollo inteligente con estrategias integrales que consolidan los procesos de generación de ingreso y empleo.

Es importante recalcar que el IMEBU es un instituto descentralizado, por tal motivo es regulado desde una entidad directamente del estado, por tal razón la alcaldía de Bucaramanga creó una visión muy general.

Las acciones del IMEBU buscan impulsar el bienestar y progreso de miles de personas en Bucaramanga y los municipios del área metropolitana (Florida, Girón y Piedecuesta), en el Departamento de Santander, Colombia⁷.

2.3.5 Estructura organizacional. El IMEBU cuenta con una estructura organizacional representada en un organigrama en el que se especifican las redes de autoridad y la comunicación formal del instituto, se cuenta con cargos directivos, de asesoría, profesional y asistencial.

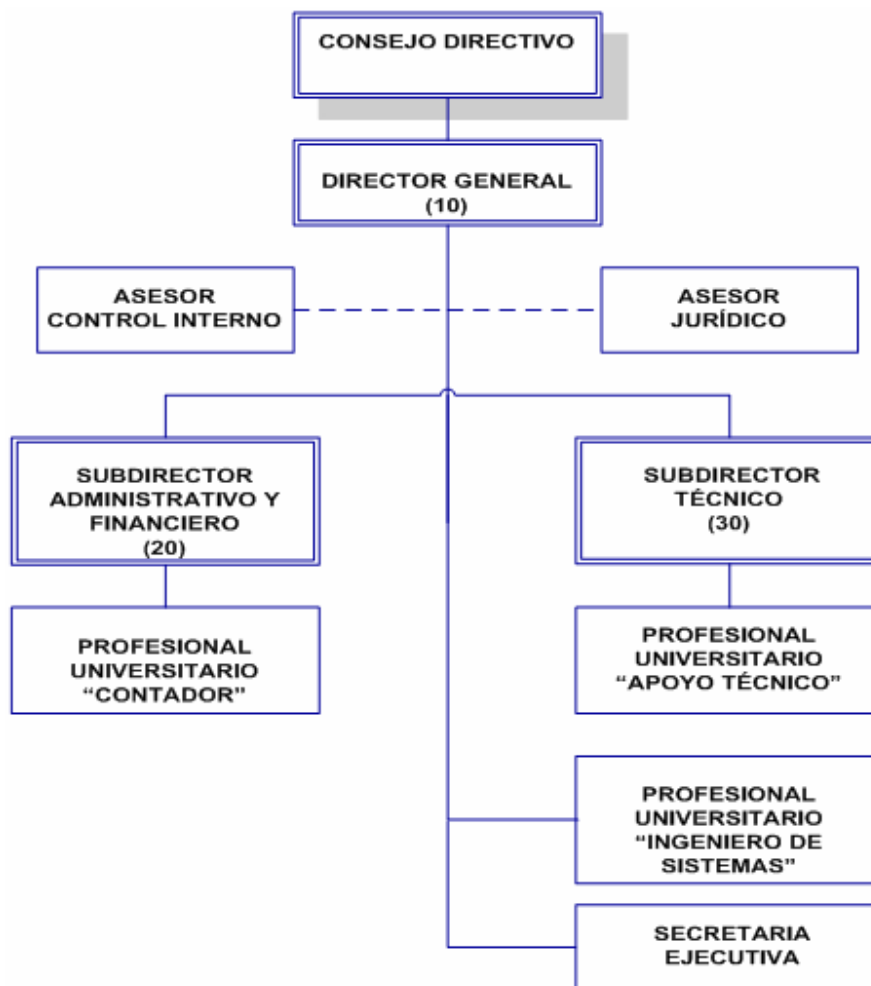
La finalidad de una estructura organizacional es:

- Representar los diferentes niveles en los que están organizados los institutos.
- Reflejar los diversos tipos de trabajo, especializados o no, que se realizan en la empresa debidamente asignados por área de responsabilidad o función.

En el organigrama establecido por el IMEBU se muestran en cada línea los diversos niveles que hay en el instituto (Ver figura 3).

⁷IMEBU. Acerca del IMEBU. www.imebu.gov.co

Figura 3. Organigrama Imebu



Fuente: IMEBU

2.4 MARCO LEGAL.

El marco legal proporciona las bases sobre las cuales las instituciones construyen y determinan el alcance y naturaleza de la participación política.

El IMEBU cuenta con un documento en donde se relacionan leyes, decretos y demás documentos legales aplicados al instituto, los cuales se nombran en el

normograma (Ver anexo 1 normograma), de igual manera la tabla 2 muestra la normatividad establecida para el cumplimiento de los numerales de la norma NTCGP 1000.2004 del Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga.

Tabla 2. Normatividad

NORMATIVIDAD	ENUNCIADO	TIPO (nacional o departamental)
Ley 872 del 30 de diciembre del 2003. Congreso de la República de Colombia.	"Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.	NACIONAL
4110 del 9 de diciembre del 2004. Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP	Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública GP1000:2004" que establece los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, para la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.	NACIONAL
Circular 06 de 2005	"Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del estado obligadas por la Ley 872 de 2003, su decreto 4110 de 2004 y la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública GP1000:2004".	NACIONAL

Fuente: Documentación del SGC del IMEBU

Es importante resaltar que el IMEBU por ser una entidad descentralizada de la Rama Ejecutiva del poder estatal, se debe considerar por fuera de la clasificación de empresa pública, sin dejar a un lado que tienen que regirse por las normas que afectan a los institutos descentralizados.

3. METODOLOGÍA

Para el desarrollo e implementación del SGC basado en la NTCGP 1000: 2004 se definió una metodología que consta de seis etapas: diagnóstico, planificación del SGC, sensibilización a los funcionarios a través de capacitaciones, documentación e implementación y por último tratamiento de los hallazgos.

3.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL DEL IMEBU

En el IMEBU se llevó a cabo una encuesta de diagnóstico tomada del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), con el fin de evaluar el conocimiento de los funcionarios con respecto a la NTCGP 1000:2004. Con este diagnóstico se evidenció el grado de compromiso del personal del IMEBU en la documentación e implementación de la norma.

En el Anexo 2 se muestra el formato de encuesta utilizado al interior del IMEBU, el cual se aplicó a diferentes funcionarios de los diversos procesos que se llevan a cabo en el instituto.

Para la ejecución de ésta actividad se tomó la escala ya establecida por el DAFP a cada una de las preguntas de la encuesta para dicha evaluación, según el juicio de cada funcionario, la escala de valoración se muestra en la tabla 3.

Esta valoración facilitó el análisis de la situación de la entidad con respecto al conocimiento de la norma NTCGP 1000:2004.

Tabla 3. Valores de evaluación

VALOR	DESCRIPCIÓN
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública

Ejecutada la encuesta de diagnóstico y definidos los criterios para la evaluación se prosiguió con el análisis, método recomendado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual consiste en la ponderación de los resultados de las encuestas. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Método de ponderación

Pregunta	Valoración	Valor						Total	Puntaje Pregunta(PP)
		0	1	2	3	4	5		
	F								
	%								
	P								

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública

En donde:

F. Frecuencia, número de veces que una respuesta obtuvo el mismo valor.

%. Porcentaje, número de respuestas obtenidas por cada valor sobre el total de respuestas.

P. Valor parcial que se obtiene de multiplicar el valor (0, 1, 2, 3, 4, ó 5) por el porcentaje.

PP. Puntaje por pregunta, corresponde a la suma de los valores parciales.

TOTAL. Número de encuestas aplicadas, que en todo caso, deberá corresponder a la sumatoria de las frecuencias.

VALOR. Pertenece a los valores de evaluación presentado en la tabla 3.

Definido el modo de ponderación para la tabulación de la encuesta los resultados de ésta se muestran en el Anexo 3.

Para la interpretación de los resultados obtenidos de las encuestas se tuvo en cuenta los criterios estipulados por el DAFP que se muestran a continuación. (Ver tabla 5)

Tabla 5 Criterios para la interpretación de resultados

RANGO	CRITERIOS
Puntaje total entre 0.0 y 2.0	Inadecuado
Puntaje total entre 2.0 y 3.0	Deficiente
Puntaje total entre 3.0 y 4.0	Satisfactorio
Puntaje total entre 4.0 y 5.0	Adecuado

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública

Analizados los resultados de la encuesta de diagnóstico, se decidió hacer una matriz de diagnóstico (Ver anexo 4) en el instituto con el fin de verificar con qué requisitos de la norma estaba cumpliendo cada uno de los procesos que se llevan a cabo en el IMEBU y así planear actividades que conlleven al cumplimiento de los requisitos faltantes.

En el desarrollo de las actividades del diagnóstico, se llevó a cabo la revisión de la documentación existente como: formatos, procedimientos, instructivos, guías, manuales, políticas, planes e indicadores, con el fin de conocer el avance del IMEBU frente a los requisitos exigidos por la NTCGP 1000:2004 , de igual forma se tuvo en cuenta cada uno de los procesos donde se confrontan los requisitos exigidos de la norma con el cumplimiento o no de cada numeral con su respectiva evidencia, reflejando así el verdadero estado del Instituto, logrando con esto

ejecutar la planeación de las acciones a desarrollar según las necesidades del IMEBU.

3.1.1 Interpretación de resultados para la matriz de diagnóstico. Para dicha interpretación se tuvo en cuenta unos criterios y un rango que se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Criterios interpretación de resultados matriz de diagnóstico

RANGO	CRITERIOS
Puntaje total entre 0.0 y 1.0	Deficiente
Puntaje total entre 1.0 y 2.0	Satisfactorio
Puntaje total entre 2.0 y 3.0	Adecuado

Fuente: tomado y adaptado del DAFP

3.2 PLANEACIÓN

Obtenidos los resultados de la matriz de diagnóstico se planearon una serie de actividades junto con los responsables de cada proceso, para definir los aspectos a tener en cuenta; a continuación se muestra en la tabla 7 las actividades a desarrollar relacionadas con los respectivos items de la norma, con el fin de que se cumplan los requisitos establecidos por la NTCGP 1000:2004 y dejar su respectiva evidencia. Es importante aclarar que la planeación de las actividades fue flexible en cuanto a la disposición del tiempo de los funcionarios que laboran en el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga.

Tabla 7. Plan de actividades a realizar

PROCESOS/ACTIVIDADES	SUBPROCESOS/ACTIVIDADES	REQUISITO NORMA
PLANIFICACION ESTRATEGICA	Análisis del entorno (Misión y Visión)	N.A.
PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Política de calidad	5.3
	Comunicación y entendimiento	5.3
	Objetivos de calidad	5.4.1.
	Planificación de cambios	5.4.2
	Identificación de procesos	5.4
	Definición red de procesos	5.4
	Tablero estratégico de indicadores	5.5
RESPONSABILIDAD GERENCIAL	Requisitos del cliente	5.2
	Requisitos legales y reglamentarios	5.1

PROCESOS/ACTIVIDADES	SUBPROCESOS/ACTIVIDADES	REQUISITO NORMA
	Responsabilidad y autoridad	5.5.1
	Representante de la dirección	5.5.2
	Comunicación interna	5.5.3
	Revisión por la gerencia	5.6
REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION	Estructura de la documentación	4.2.1
	Manual de calidad	4.2.2
	Control de los documentos (Ley de archivo)	4.2.3
	Control de los registros (Ley 594)	4.2.4
GESTION DE RECURSOS	Competencias del talento Humano	6.2.2
	Formación del talento humano	6.2.2
	Eficacia de la formación	6.2.2
	Conciencia del talento humano	6.2.2
	Infraestructura	6.3
	Ambiente de trabajo	6.4
REALIZACIÓN DEL PRODUCTO / PRESTACION DEL SERVICIO	Planificación de los procesos	7.1
	Requisitos de producto/servicio	7.1
	Desarrollo de los procesos	7.1
	Identificación de procesos con el cliente	7.2
	Revisión de procesos con el cliente	7.2
	Comunicación con el cliente	7.2.3
	Control de la producción/servicio	7.5.1
	Validación de procesos de producción/servicio	7.5.2
	Identificación del producto/servicio	7.5.3
	Trazabilidad del producto/servicio	7.5.3
	Propiedad del cliente	7.5.4
	Preservación del producto	7.5.5
	Proceso de compras IMEBU	7.4.1
	Requisitos de los productos IMEBU	7.4.2
	Selección de proveedores IMEBU	7.4.1
	Evaluación de proveedores IMEBU	7.4.1
	Verificación del producto comprado IMEBU	7.4.3
AUDITORIA INTERNA	Revisión por la gerencia	8.2.2
	Seguimiento y medición de los procesos	8.2.3
	Seguimiento y medición del producto	8.2.4
	Análisis de datos	8.4
	Control del producto no conforme	8.3
	Auditoria interna de calidad	8.2.2
	Acción correctiva	8.5.2
	Acción preventiva	8.5.3
	Mejora	8.5.1
	Satisfacción del cliente	8.2.1
AUDITORIA INTERNA	Preauditoria	8.2.2

Fuente: Autor del proyecto

3.2.1 Grupo de trabajo. Establecido el plan de trabajo con los responsables de los procesos se comunicaron estas actividades al comité de gestión de calidad, creado el 18 de abril de 2008 a través de la Resolución No. 029, el cual esta conformado por:

- Director General
- Subdirector Administrativo y Financiero
- Subdirector Técnico

3.2.2 Creación de la política de calidad. El instituto no contaba con una política de calidad por tal razón se creó una basándose en la misión, visión, los requisitos del instituto y los requerimientos del usuario, para dar más soporte se llevó a cabo un taller (Ver anexo 5) con los funcionarios del instituto con el fin de que se trabaje en equipo para lograr mayor compromiso por parte del Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga. La política de calidad expone el interés por superar las expectativas del cliente y mejorar continuamente, una vez establecida se socializó con el comité de gestión de calidad, donde se hicieron algunos ajustes quedando como política:

Para la satisfacción de nuestros usuarios, IMEBU contribuye en el aumento de generación de fuentes de trabajo en Bucaramanga y sus corregimientos a partir de la sensibilización y la promoción de una cultura emprendedora y de desarrollo empresarial, en donde la población más afectada por el desempleo, se involucre en el mundo del trabajo mediante la formación de competencias laborales, brindando así confiabilidad en el instituto y propiciando una mejora continua en sus procesos.

3.2.3 Definición de los objetivos de calidad. Los objetivos de calidad deben ser mensurables y coherentes con la política de calidad, por tal razón se definieron acorde a la política ya estipulada mediante unas metas y una trazabilidad, estos se

miden por medio de los indicadores, evidenciándose a través del manual que los contiene, el cual establece: la fórmula, la frecuencia de medición, el responsable, la meta y una hoja de vida de cada uno de ellos para seguir la historia, la localización y además permitió analizar con facilidad la gestión del instituto. En la elaboración de los objetivos se tuvo en cuenta que cada proceso estuviera relacionado con los objetivos planteados, quedando estos:

- Difundir el sistema de gestión de calidad a todos los funcionarios del instituto para mejorar continuamente sus procesos.
- Disponer de un personal calificado y comprometido en la prestación del servicio.
- Proporcionar métodos que contribuyan con el fortalecimiento de los programas que ofrece la institución.
- Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa.
- Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo.

3.2.4 Identificación de procesos. Según lo establecido en la norma los procesos se clasifican en 4 grandes grupos siendo estos:

Procesos Estratégicos: incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por parte de la dirección, por lo tanto en este grupo se encuentran el Proceso Estratégico y

de Dirección y el Proceso de Calidad, pues estos son los encargados de direccionar la mejora continua en el instituto.

PROCESO ESTRATÉGICO Y DE DIRECCIÓN: es aquel que le da a la entidad su orientación, estableciendo las directrices y estrategias necesarias para el direccionamiento y control de la organización, asegurando la disponibilidad de los recursos para la buena prestación de los servicios.

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD: su objetivo es dirigir, controlar y mantener al instituto en lo relativo a la calidad, mediante la realización de actividades coordinadas con los diferentes procesos y sus responsables.

Procesos Misionales: incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad para cumplir su objeto social o razón de ser, en este grupo se ubica el proceso de Gestión Técnica ya que en este se desarrollan los diversos programas que contribuyen con la misión de la entidad, entendida como la razón de ser o el para qué fue creada la organización.

PROCESO GESTIÓN TÉCNICA: su objetivo es contribuir en el aumento de la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga y sus corregimientos. Este proceso recoge todas las actividades de transformación que realiza el instituto para producir el servicio. Los programas que están relacionados con este proceso son:

1. *Centro de Desarrollo Empresarial "CDE":* es un programa de vinculación entre la academia y la comunidad, el cual apoya el crecimiento y la estabilización de las empresas mediante asesoría personalizada que le permita crear nuevas estrategias de desarrollo y crecimiento, a través de capacitación, asesoría en la elaboración de planes de mercadeo, apoyo en áreas administrativas, financieras, de producción y en el área legal.

2. *Iniciativas Locales Empresariales “ILE”*: es una estrategia para la generación de empleo en Bucaramanga, diseñada por el Ministerio de la Protección Social y desarrollada desde el año 2007 por el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga – Imebu. Este programa se encarga de apoyar a la creación y fortalecimiento de empresas innovadoras, que aprovechen recursos productivos ociosos de Bucaramanga, atendiendo las iniciativas de generación de empleo planteadas por las personas afectadas o amenazadas por el desempleo y la comunidad en general⁸.

3. *Crédito para Todos*: el objetivo de este programa es promover las actividades dirigidas al fortalecimiento de las iniciativas empresariales de los habitantes de la ciudad de Bucaramanga a través de acceso a microcrédito permitiendo fortalecer actividades generadoras de ingresos resaltando sus habilidades, conocimientos y destrezas.

Procesos de Apoyo: estos procesos se encargan de proveer los recursos necesarios a todos los procesos del instituto, en este grupo se encuentran: el proceso de la Gestión Administrativa y Financiera y el proceso Jurídico.

PROCESO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: es el encargado de planificar, administrar y supervisar eficientemente los recursos tanto humanos como físicos. Este proceso es de alta importancia, pues en él recae buena parte del éxito o el fracaso de la entidad. Ya que se tiene el manejo del personal, debido a que son un elemento fundamental en el desarrollo de las actividades a llevar a cabo en el instituto.

⁸ Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga. Iniciativas Locales de Gestión. www.imebu.gov.co

PROCESO JURÍDICO: su objetivo es asesorar a todo el personal del IMEBU en lo pertinente a temas jurídicos y el procedimiento de contratación, así como, velar por una adecuada representación judicial en pro de los intereses del instituto.

Procesos de Evaluación: en este proceso se recopilan datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y misionales. Dentro de este proceso se encuentra Control Interno.

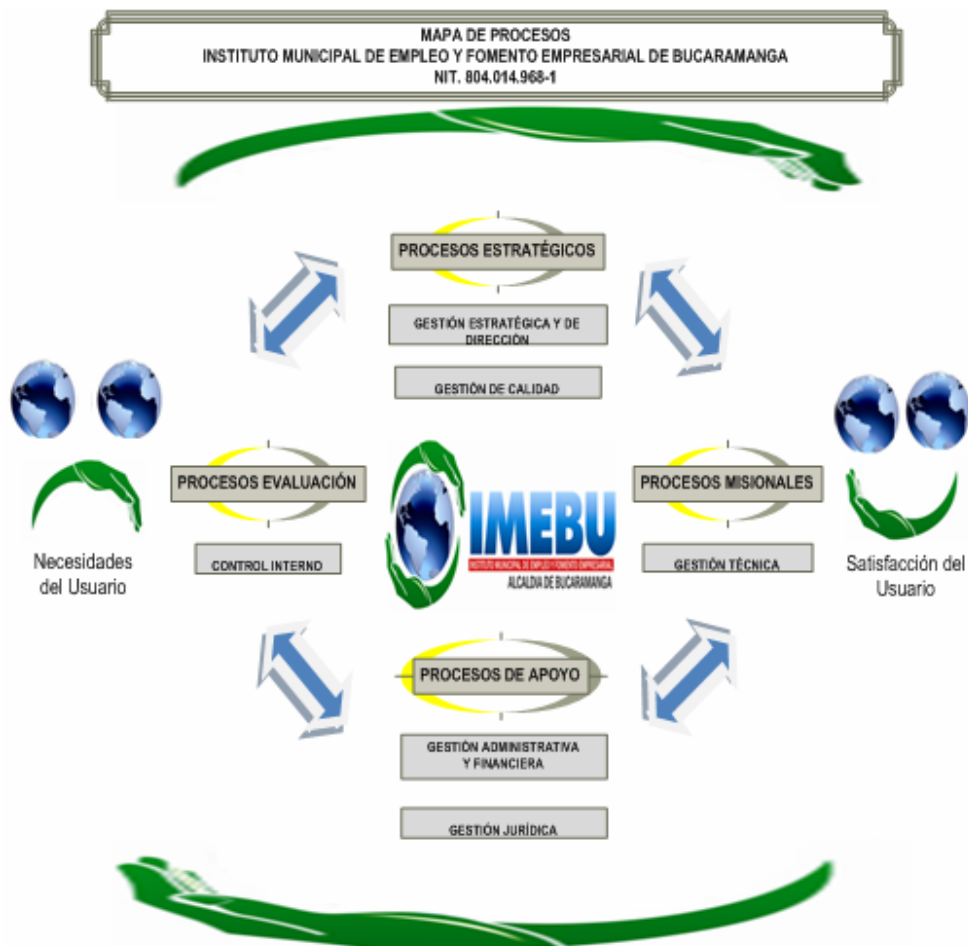
CONTROL INTERNO: su objetivo es evaluar, monitorear y realizar seguimiento al sistema de gestión de calidad y a la gestión de la entidad, generando las recomendaciones pertinentes, además asesorar a la alta dirección para el cumplimiento de los objetivos Institucionales.

3.2.5 Definición red de procesos. Distribuidos cada uno de los procesos según la categorización establecida en la norma, se creó una red en donde esta serie de procesos interactúan entre sí, la cual está representada gráficamente en el MAPA DE PROCESOS, partiendo de la necesidad del usuario como fuente de ENTRADA para que por medio de los procesos ESTRATÉGICOS en donde se ubican: los procesos de GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN (siendo este el encargado de fijar el rumbo y el mediano plazo de la gestión del instituto mediante unos instrumentos como la misión, la visión y el plan de desarrollo) y el proceso de GESTIÓN DE CALIDAD (vela porque el SGC según la NTCGP 1000:2004 se aplique en el instituto) y tomando los procesos MISIONALES estando en esta categorización el proceso GESTIÓN TÉCNICA (transforma el servicio del instituto cumpliendo los requisitos de los clientes, los legales y los que fije el instituto), para buscar un mismo objetivo con la colaboración de los procesos de APOYO que son GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (maneja los recursos humanos, físicos y financieros) y por último los procesos de

EVALUACIÓN en donde se encuentra: CONTROL INTERNO (establece las acciones, las políticas, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, control, evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad pública). Así todos los procesos relacionados entre si buscan obtener como RESULTADO superar las expectativas de los usuarios en la prestación del servicio basados en el marco de la mejora continua.

En la figura 4 se muestra la representación gráfica de la empresa y la interacción de cada uno de los procesos.

Figura 4. Mapa de procesos del IMEBU



Fuente: Autora del proyecto

En el Anexo 6 se muestra el manual de calidad donde se describe la caracterización de cada proceso con el fin de facilitar el entendimiento de este, desarrollando con mayor detalle su objetivo, sus entradas y salidas, y las acciones que componen el proceso; el formato que se utilizó contiene los siguientes elementos:

- **Nombre del proceso:** permite identificar a que proceso pertenece.
- **Responsable del proceso:** cargo responsable de que el proceso se lleve a cabo tal y como está establecido.
- **Autoridad:** poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación.
- **Objetivo del proceso:** razón para la cual existe ese proceso en la entidad.
- **Objetivo de calidad relacionado:** algo que se pretende con la calidad, relacionado directamente con el proceso.
- **Procesos de entrada/cliente:** quien suministra información, pueden ser: procesos del instituto o partes interesadas externas.
- **Entradas de información:** datos para procesar.
- **Actividades (hacer):** denominación de las acciones.
- **Salidas de información:** resultados de la información procesada.

- **Procesos de salida/cliente:** clientes/procesos a donde llegan los resultados de la información procesada, pueden ser otros procesos de la entidad o partes interesadas externas.
- **Recursos:** identificación de los recursos necesarios para llevar a cabo el proceso, incluyendo los recursos humanos, la infraestructura (física y tecnológica) y las condiciones de trabajo.
- **Verificar-Seguimiento:** se establecen los métodos para confirmar que se están cumpliendo los requisitos establecidos.
- **Indicadores de gestión:** enunciación de los indicadores para hacerle el seguimiento al proceso y a sus resultados.
- **Documentos relacionados:** enunciación de los documentos (manuales, procedimientos, instructivos u otros) que de manera genérica, se considera que deben elaborarse para explicar la manera como se deben llevar a cabo las acciones del proceso. No necesariamente se señala un documento por cada acción, pues uno solo puede incluir varias de ellas.
- **Actuar:** enunciación de las acciones a tomar para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.
- **Requisitos:** tanto legales como de las normas de gestión, enunciación de la normatividad que le aplique al proceso e identificación de los numerales de las normas de gestión aplicadas.
- **Riesgos del proceso:** enunciación de situaciones que puedan entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad.

3.2.6 Diseño del tablero estratégico de indicadores. Para la creación de los indicadores se tuvo en cuenta el plan de desarrollo ya estipulado cuyo objetivo es evaluar el cumplimiento de la gestión del instituto, aunque en el plan de desarrollo sólo se nombran aquellos indicadores que tienen que ver con la misión del instituto. De igual manera se diseñaron algunos indicadores que miden la eficacia, eficiencia y efectividad en cada proceso, esto con el fin de cumplir con los requisitos establecidos en la norma. Estos indicadores se relacionan en el numeral 4.1 del presente documento.

A continuación se muestra el tablero estratégico de indicadores.

Tabla 8. Tablero estratégico de indicadores

Objetivo de Calidad	Proceso	#	Nombre del Indicador	Método de Cálculo	Meta	Periodicidad de Revisión	Responsable de la revisión
Objetivo de calidad relacionado con la directriz de la política de calidad	Nombre del proceso a que pertenece	Número del indicador		Fórmula del indicador	Objetivo de una acción o plan	Tasa de tiempo estipulada para realizar las mediciones al indicador	Encargado del seguimiento y análisis del indicador

Fuente: Tomado y adaptado del plan de desarrollo

Para complementar el tablero estratégico se diseñó una hoja de vida de cada indicador donde se evidencia con más claridad el comportamiento del indicador, en la tabla 9 se muestra la hoja de vida, la cual contiene cuatro elementos importantes, estos son:

Identificación del indicador: en este elemento se muestran el nombre del indicador, el objetivo del indicador así como el objetivo de calidad relacionado, el método de cálculo, la meta, el proceso al que pertenece, la periodicidad de revisión y el responsable del indicador.

Tabla de datos: allí se muestran los datos que conforman la fórmula del indicador.

Gráfico: muestra el resultado del indicador gráficamente en el tiempo.

Análisis: se analiza el estado del indicador y sus posibles causas.

Tabla 9. Hoja de vida del indicador

1. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR		3. GRÁFICO
NOMBRE DEL INDICADOR		
OBJETIVO DEL INDICADOR		
OBJETIVO DE CALIDAD		
MÉTODO DE CÁLCULO		
META		
PROCESO		
PERIODICIDAD DE REVISIÓN		
RESPONSABLE DE LA REVISIÓN		
2. TABLA DE DATOS		4. ANÁLISIS DE DATOS

Fuente: Autor del proyecto

3.3 CAPACITACIONES

Esta etapa es la base del éxito de una organización, ya que su objetivo es mejorar la actitud, el conocimiento, las habilidades o conductas de los funcionarios, buscando que el personal amplie sus conocimientos para desempeñarse de una mejor manera en la organización, además esta actividad es clave para que todos los funcionarios manejen el idioma establecido en los sistemas de gestión de calidad, facilitando el trabajo dentro del instituto, también es relevante para sensibilizar al personal en cuanto a la importancia que tiene la participación de todos y cada uno de los servidores públicos en la implementación de la norma

NTCGP 1000:2004 y en el MECI cumpliendo con lo establecido por la ley, así como en el mejoramiento continuo de sus procesos.

Las estrategias de capacitación implementadas se basaron en conferencias, charlas, talleres, videos, entre otros, con el fin de sensibilizar y retroalimentar a los funcionarios de una forma didáctica creando una cultura en cada uno de los funcionarios y demás personal que afecte el servicio prestado por el instituto.

Las capacitaciones se fueron desarrollando en cada una de las etapas del ciclo PHVA, con el objetivo de hacer una retroalimentación a cada uno de los funcionarios que laboran en el IMEBU

Las capacitaciones fueron desarrolladas por la autora del proyecto, el asesor de SGC y por el responsable de la dirección, exponiendo diferentes temas según las necesidades del instituto, las cuales fueron identificadas en la matriz de diagnóstico y en el desarrollo del presente proyecto.

En el transcurso de las capacitaciones se dejaba evidencia de estas a través del formato asistencia a formación que se muestra en el Anexo 6, así como el registro de algunas fotos.

3.4 DOCUMENTACIÓN

En esta etapa se describe la metodología para la elaboración de los documentos relacionados con el sistema de gestión de la calidad (SGC), donde se establece la estructura de cada tipo de documento y su forma de presentación. Es importante resaltar que la documentación juega un papel muy importante pues es la evidencia y sustento de la forma de operar de la entidad, facilitando el desarrollo de las


actividades y la toma de decisiones, por tal razón esta etapa es la base de cualquier sistema de gestión de calidad.

Es importante tener en cuenta la redacción de los documentos pues debe ser clara, precisa y coherente, de tal manera que se facilite su comprensión y no permita falsas interpretaciones.

3.4.1 Identificación de los documentos. El IMEBU contaba con una serie de documentos los cuales no estaban identificados claramente, por esta razón se recopiló información con el fin de estandarizar el tipo de documentos que se llevaban a cabo en el instituto.

3.4.2 Diseño y elaboración de documentos. Con el fin de dar uniformidad a todos los documentos, se estableció una identificación a cada documento, el cual se muestra en la figura 5.

Figura 5. Identificación de los documentos

(b) MANUAL DE CALIDAD			
(a) 	(c) INSTITUTO MUNICIPAL DE EMPLEO Y FOMENTO EMPRESARIAL DE BUCARAMANGA	Versión: 02 (e)	Código: M-GED-PED-01 (f)
		(d) GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN PROCEDIMIENTO <i>ESTRATÉGICO Y DE DIRECCIÓN</i>	

Fuente: Autor del proyecto

(a) Logotipo: se emplea para identificar al insituto.

(b) Nombre del documento: el nombre de cada documento siempre se debe iniciar con las palabras procedimiento, plan, formato, manual, entre otros, según el tipo de documento que se esté elaborando, el cual proporciona una guía y una dirección clara sobre la naturaleza del documento.

(c) Nombre de la entidad: en esta casilla se encuentra el nombre de la organización: Insituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga.

(d) Nombre del proceso: en esta casilla se ubica el nombre del proceso al que pertenece dicho documento.

(e) Versión: indica el número de veces que se ha modificado el documento, teniendo en cuenta que cuando se aprueba por primera vez la versión inicia en 01 y se modifica consecutivamente si han ocurrido cambios en el documento.

(f) Código: se emplea para identificar y asociar un documento con un proceso, conformado por una secuencia de literales y números asignados consecutivamente. El método para codificar todos los documentos se encuentra en la GUÍA CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS que se muestra en el Anexo 7

Figura 6. Estructura del código

Código: M-GED-PED-01

Fuente: Autor del proyecto

M: Inicial del tipo de documento

GED: proceso al que pertenece el documento

PED: procedimiento al que pertenece dicho documento

01: secuencia de los documentos.

(g) Fecha Aprobación: tiempo en el que se da el visto bueno a los documentos para su emisión.

(h) Número de paginación: hace referencia al total de páginas del documento.

3.4.3 Manual de calidad. Es un documento muy importante en el que se especifica el sistema de gestión de calidad. El manual de calidad del IMEBU contiene:

- Directrices del sistema de gestión de calidad: misión y visión.
- Estructura documental: requisitos generales y de la documentación.
- Responsabilidad por la dirección: compromiso de la dirección, enfoque al cliente, política de calidad, planificación (objetivos de calidad, planificación e implementación de cambios en el SGC), representante de la dirección, revisión por la dirección (generalidades, información para la revisión, resultados de la revisión).
- Gestión del sistema de calidad: alcance y exclusiones del SGC, mapa de procesos y caracterización de procesos. Ver anexo 6 donde se encuentra el manual de calidad. El objetivo del manual de calidad se puede resumir en varios puntos:
 - Única referencia oficial.
 - Unifica comportamientos decisionales y operativos.
 - Clasifica la estructura de responsabilidades.
 - Independiza el resultado de las actividades de la habilidad.
 - Es un instrumento para la formación y la planificación de la calidad.
 - Es la base de referencia para auditar el sistema de calidad.

3.5 IMPLEMENTACIÓN

Para el desarrollo de ésta etapa se tuvieron en cuenta las siguientes actividades:

- Sensibilización de todo el personal que labora en el instituto: esta actividad es fundamental para crear una cultura de cambio.
- Socialización de las directrices del sistema de gestión de calidad.
- Socialización de toda la documentación, tanto la obligatoria según la norma así como la establecida por cada proceso, la cual incluye procedimientos, formatos, guías entre otros.
- Modificaciones en la documentación establecida por los responsables de los procesos.

Cabe resaltar que hubo autonomía tanto en la documentación, como en la disponibilidad del tiempo y temas a tratar en las diferentes reuniones de acuerdo a las necesidades de información que se presentaron en el desarrollo de las actividades por parte de los funcionarios.

3.5.1 Sensibilización del personal. Esta actividad se desarrolló a través de reuniones con todo el personal del instituto con el fin de mostrar la importancia que tiene la implementación de un sistema de gestión de calidad, esto se realizó a través de talleres, por ejemplo en uno de ellos se hizo una actividad grupal, la cual consistió en crear con plastilina un personaje y explicar el por qué, con el fin de recalcar la importancia del trabajo en equipo y mostrar los principios de los sistemas de gestión de calidad, además de esta actividad se presentó un video que se llama el virus de la actitud, todo esto con el fin de motivar a cada uno de los funcionarios y demás personal que labora en el instituto y dar conocer la

importancia del cambio, finalizando cada una de las actividades se hizo la respectiva socialización.

3.5.2 Socialización de las directrices del sistema de gestión de calidad. Esta actividad se desarrolló a través de capacitaciones en las cuales se dieron a conocer la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos y demás avances del sistema de gestión de calidad, junto con los conceptos de cada uno de estos términos y el manejo que se le debe dar. También se atendieron inquietudes que se presentaron en el desarrollo de la actividad.

3.5.3 Socialización de la documentación. Esta tarea se desarrolló con cada uno de los responsables de los procesos y de los documentos buscando que la socialización fuera más personal y participativa por parte de los directamente involucrados. En esta etapa se socializaron todos los documentos exigidos por la norma NTCGP 1000:2004 (Ver anexo 8 y 9) y además toda la documentación establecida por cada uno de los responsables de los procesos, la cual se documento según las necesidades del directamente involucrado, aunque se aplicaron los conocimientos y la creatividad para mejorar cada uno de los procesos.

La metodología que se utilizó en esta actividad fue flexible a las necesidades de cada uno de los procesos, con el fin de evitar traumatismos, de igual manera se hizo una revisión de toda la documentación establecida, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos de ley, de la organización y de la norma.

Conocida la documentación, se inició un proceso de seguimiento con el fin de verificar el buen desempeño de los funcionarios frente a la documentación establecida, además con el fin de solucionar las inquietudes y dudas respecto al sistema de gestión de calidad.

En esta actividad se estableció un lapso de tiempo para que se llevaran a cabo cada uno de los documentos, permitiendo obtener un mejor resultado en cuanto a la información de la documentación.

Para comunicar a todo el personal sobre las capacitaciones se informaba a través de la cartelera de información del IMEBU y se distribuía un documento donde se invitaba a cada persona, con el fin de que el personal se programara en ese día.

3.5.4 Modificación en la documentación. Manipulados los documentos por un tiempo considerable, se iniciaba la modificación de estos, dejando ver lo flexible que es un sistema de gestión de calidad frente a la documentación establecida por el Instituto. Las modificaciones que se realizaron en documentos a nivel general fueron aprobados en el comité de calidad.

Modificada la documentación se hacía una nueva socialización a todos los funcionarios involucrados en la misma, esto con el fin de que todo el personal tuviera el conocimiento de los temas de interés general, esta metodología permitió el mejoramiento de la comunicación interna, fortaleciendo el numeral 5.5.3 de la NTCGP 1000:2004 y en el MECI el elemento de comunicación organizacional.

3.6 TRATAMIENTO DE HALLAZGOS.

Los hallazgos se generan por la evaluación de las actividades que se llevan a cabo en cualquier entidad, a partir de las evidencias, esta etapa se desarrolló a través de auditorías sobre la aplicación de diferentes documentos tales como: manuales (procedimientos, funciones, calidad), instructivos, planes, especificaciones y otros, pueden indicar la conformidad o no conformidad con lo evaluado.

3.6.1 Evaluación de hallazgos. Esta actividad permitió evaluar la evolución del sistema de gestión de calidad del IMEBU, así como el cumplimiento de los requisitos legales y normativos, además permitió a la dirección tomar decisiones sobre los hallazgos encontrados, garantizando de esta manera mejora continua tanto del sistema de gestión de calidad como del Instituto en general.

La evaluación del SGC dentro de la entidad está compuesta por:

- Las revisiones realizadas por la dirección.
- Las auditorías internas desarrolladas.
- El diseño y la implementación de las acciones correctivas y preventivas que tengan lugar, seguimiento a los procesos, entre otros.
- Evaluación externa por los Entes de Control (DAFP)

3.6.2 Revisión por la dirección. Las revisiones por la dirección se deben hacer a intervalos planificados, revisando el sistema de gestión de calidad de la entidad, esto consiste en analizar la información recolectada de los resultados de auditorías, retroalimentación al cliente, desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio, estado de las acciones correctivas y preventivas, acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección, cambios que podrían afectar al sistema de gestión de calidad, recomendaciones para la mejora y riesgos actualizados e identificados para la entidad, lo cual permite asegurar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.

Cuando se habla del desempeño de los procesos y conformidad, esto se evidencia a través del comportamiento de los indicadores, acciones de mejora implementadas en cada proceso y demás información que requiera la dirección con el fin de tomar decisiones adecuadas que permitan la mejora continua en el IMEBU.

El resultado del proceso de revisión por la dirección arroja evidencia de decisiones relacionadas con:

- Cambio en la política y los objetivos de calidad.
- Planes y posibles acciones para la mejora.
- Cambio en los recursos.
- Planes de negocios revisados.
- Presupuestos, entre otros.

3.6.3 Desarrollo de auditorías internas de calidad. En primera instancia, es importante tener en cuenta que una auditoría consiste en revisar los sistemas de gestión de una organización y sus procesos, y verificar la conformidad con diferentes criterios como: legislación, procedimientos escritos y normas. En algunos casos, la conformidad es obligatoria, particularmente si los criterios son las legislaciones gubernamentales. El resultado es la confirmación de que el sistema cumple con los criterios de la auditoría, o que requiere mejora⁹.

Las auditorías se consideran independientes porque quienes la llevan a cabo no pueden haber participado en aquellas actividades que son objeto de auditoría.

Las auditorías internas se deben gestionar según el ciclo PHVA así:

⁹ Mallen David & Collins Christine. Manual de habilidades para auditoría. Una introducción básica a la planificación de auditorías de sistemas de gestión en las organizaciones.

- **Planificar la auditoría:** define cuáles son los procesos que se van a auditar, el objetivo de la auditoría, las fechas, los auditores asignados, los criterios de auditoría¹⁰. Al definir el objetivo de cada auditoría se debe precisar si la misma va a cubrir todas las normas de gestión aplicables a un proceso o si solo se van a evaluar los requisitos de algunas de ellas. En la planificación de la auditoría se debe dar mayor tiempo a los procesos misionales, o programar auditorías más frecuentes para ellos, por ser estos los de mayor impacto sobre las partes interesadas.

- **Ejecutar la auditoría:** debe efectuarse según haya sido planificada. Para las auditorías se usan tres técnicas básicas de indagación: la **entrevista** a los responsables y ejecutores de los procesos, **la revisión de registros** que muestren evidencia de que tales procesos se están llevando a cabo conforme a las disposiciones establecidas por la entidad y a los criterios de auditoría, y la **observación directa** en los lugares de trabajo. Como producto de la auditoría se entrega un informe; a partir de este informe, se deben definir los planes de mejoramiento pertinentes por cada proceso auditado.

- **Evaluar la auditoría:** al terminar la auditoría se debe evaluar, con el fin de identificar oportunidades de mejoramiento. La evaluación está dirigida a dos asuntos básicos: la gestión de la auditoría y la competencia de los auditores.

- **Mejorar la auditoría:** como resultado de la evaluación a la auditoría y a los auditores, se pueden identificar oportunidades de mejoramiento.

Con el fin de culminar con lo planeado en el presente proyecto y determinar si el sistema de gestión de calidad de la entidad cumplió con los objetivos de este y si se está implementando de manera adecuada, el IMEBU decidió llevar a cabo una

¹⁰ Los criterios de auditoría son las normas o requisitos bajo las cuales se va a llevar a cabo la auditoría

evaluación de todo el sistema de gestión de calidad cuyo objetivo fue descubrir las no conformidades en cada uno de los procesos e implementar acciones correctivas y preventivas que permitan la mejora continua en el instituto.

Las auditorías internas se desarrollaron bajo los lineamientos de la norma NTCGP 1000: 2004, teniendo en cuenta uno de los procesos obligatorios de la norma, auditoría (Ver anexo 8 y 9) y sus respectivos formatos dejando con esto evidencia de la evaluación del SGC.

En el desarrollo de las auditorías se tuvo en cuenta los diferentes pasos que se llevan a cabo: planeación, elaboración, informe de resultados, planes de acción y por último revisión por la dirección en donde decaen la toma de decisiones dependiendo de los resultados arrojados.

Las auditorías se llevaron a cabo el día 21 de octubre de 2009 y el 23 de abril de 2010, en cuanto a la planeación de estas actividades se presentaron dificultades debido a la disponibilidad de tiempo de los funcionarios. La información general de las auditorías se evidencia en la tabla 10.

Tabla 10. Información general de auditorías

PROCESOS A AUDITAR:	GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCIÓN, GESTION DE CALIDAD, CONTROL INTERNO, GESTION TECNICA, GESTION JURIDICA, GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
NOMBRE AUDITOR:	CARLOS RENGIFO
ALCANCE:	Todos los procesos del Sistema de Gestión Integral GP 1000 Y MECI 1000 de IMEBU
OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar documentalmente el grado de conformidad del SGC INTEGRAL GP1000 Y MECI1000 • Evaluar la capacidad del SGC INTEGRAL GP1000 Y MECI1000 para asegurar el cumplimiento con los requisitos reglamentarios y contractuales. • Evaluar la eficacia del SGC INTEGRAL GP1000 Y MECI1000 para cumplir los objetivos especificados

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	Norma NTC-GP1000/2005, Norma NTC-MECI 1000/2004 y documentos del Sistema de Gestión Integral GP 1000 Y MECI 1000 de IMEBU, así como la reglamentación legal que les compete.
---------------------------------	--

Fuente: Tomado del procedimiento de auditorias

3.6.4 Determinación y seguimiento de acciones correctivas. Estas se plantean según los resultados arrojados por las auditorias, este procedimiento se evidencia en el anexo 9 y 10 en donde se describen los procedimientos obligatorios así como sus respectivos formatos.

El procedimiento de acciones correctivas y preventivas se lleva a cabo con el propósito de controlar y eliminar las causas reales/ potenciales que se presentan de las no conformidades. Este procedimiento contribuye con las mejoras del instituto.

Para realizar el seguimiento de las acciones correctivas/preventivas se cuenta con el comité de calidad quienes son los encargados de revisar el estado de las acciones planteadas y si estas no son efectivas replantearlas, esto con el fin de contribuir con el mejoramiento continuo del instituto.

4. DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA METODOLOGÍA

En esta sección se muestran cada una de las actividades desarrolladas y las evidencias de la ejecución de éstas. Para el óptimo desarrollo de las actividades la metodología que se llevó a cabo consta de seis etapas mencionadas en el numeral 3 del presente documento.

p

Es importante tener en cuenta el ciclo PHVA para el desarrollo de las actividades a seguir. En la etapa de planificación al iniciar el proyecto se programaron unas actividades las cuales no se desarrollaron en las fechas estipuladas pues se presentaron inconvenientes externos, por tal razón estuvo sujeto a cambios en el desarrollo de las actividades. Esta distribución de actividades se evidencia a continuación.

4.1 PLANEACIÓN.

En esta etapa se crearon la política de calidad, los objetivos, la red de procesos y su interacción y los indicadores de cada uno de los procesos con el objetivo de calidad con el fin de mostrar que los indicadores están planteados según los objetivos, mostrando la aplicabilidad de cada proceso en el mejoramiento continuo (Ver tabla 11).

Con el planteamiento de los indicadores se reconoció el estado del desempeño organizacional en los diferentes ámbitos de actuación de la entidad, a través de la medición y el análisis programado de los indicadores de gestión previamente formulados para los objetivos estratégicos y para los objetivos de cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad.

Figura 7. Tablero estratégico de indicadores

Objetivo de Calidad Relacionado	Proceso	#	Nombre	Cálculo	Meta	Periodicidad de Revisión	Responsable de la revisión
1. Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa 2. Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo.	Gestión Estratégica y de Dirección	1	Cumplimiento de las Reuniones	(reuniones ejecutadas/ reuniones programadas)*100	(80-100%)	Trimestralmente	Director General
		2	Cumplimiento de Metas	(Metas cumplidas/ metas programadas)*100	(80-100%)	Anual	Director General
Disponer de un personal calificado y comprometido en la prestación del servicio.	Gestión administrativa y financiera	1	Cumplimiento del plan de formación	(#de capacitaciones del plan de formación ejecutadas /# de capacitaciones del plan de formación)*100	80%	Anual	Subdirector Administrativo y Financiero
		2	Ejecución presupuestal	(presupuesto ejecutado/presupuesto o aforado)*100	(80-100)%	Mensual	Subdirector Administrativo y Financiero
		3	Cumplimiento de mantenimientos	(mantenimiento ejecutado/mantenimientos programado)*100	80%	Trimestralmente	Subdirector Administrativo y Financiero
		4	% de equipos defectuosos	(equipos en reparación/total de equipos)*100	5%	Trimestralmente	Subdirector Administrativo y Financiero

Objetivo de Calidad Relacionado	Proceso	#	Nombre	Cálculo	Meta	Periodicidad de Revisión	Responsable de la revisión
<p>1. Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa</p> <p>2. Proporcionar métodos que contribuyan con el fortalecimiento de los programas que ofrece la institución</p>	Gestión técnica	1	% DE Personas atendidas (comunas- nivel socioeconómico)	(# de Personas inscritas al programa ILE / # De Personas Atendidas)*100	10%	Mensual	Coordinador ILE Profesional de Apoyo
		2	% De Planes de Negocios elaborados	(# de negocios elaborados / # de personas inscritas)*100	50%	Trimestralmente	Coordinador ILE Profesional de Apoyo
		3	% De eficiencia de planes de negocio aprobados	(# de planes aprobados / # de planes ejecutados)*100	80%	Trimestralmente	Coordinador ILE Profesional de Apoyo
		4	% De empresas activas (comunales)	(# de empresas activas / # de desembolsos financieros)*100	60%	Semestralmente	Coordinador ILE Profesional de Apoyo
		5	% De empresas fracasadas	(# de empresas fracasadas / # de empresas creadas)*100	10%	Anual	Coordinador ILE Profesional de Apoyo
		6	% Del sector empresarial (servicios, producción, comercialización)	(# de empresas creadas según sector / # de empresas creadas)*100		Semestralmente	Coordinador ILE Profesional de Apoyo
		7	Eficacia del cumplimiento del cronograma	#Visitas realizadas por practicante / #Visitas programadas		Mensual	Coordinador CDE

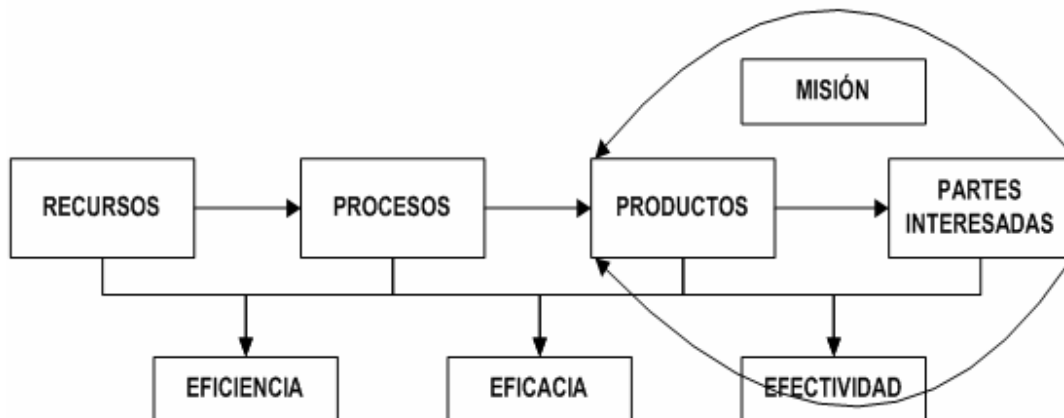
Objetivo de Calidad Relacionado	Proceso	#	Nombre	Cálculo	Meta	Periodicidad de Revisión	Responsable de la revisión
<p>1. Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa</p> <p>2. Proporcionar métodos que contribuyan con el fortalecimiento de los programas que ofrece la institución</p>	Gestión técnica	8	Eficiencia del fortalecimiento	#Empresas Fortalecidas / Total de empresas atendidas		Semestralmente	Coordinador CDE
		9	Impacto de los empresarios según la edad	#Empresas (jóvenes, adultos y adultos mayores)/		Trimestralmente	Coordinador CDE
		10	% Del sector empresarial	#Empresas según sector / Total de empresas atendidas		Trimestralmente	Coordinador CDE
		11	% De empresarios según nivel socioeconómico	# De empresarios atendidos según el nivel socioeconómico / Total empresarios atendidos		Trimestralmente	Coordinador CDE
		12	Participación en eventos empresariales	# De empresas que se llevan a ferias / Total empresas fortalecidas		Trimestralmente	Coordinador CDE
		13	Efectividad en las quejas	# de quejas	Máximo 3	Semestralmente	Subdirector Técnico
		14	Efectividad en la satisfacción de los clientes	(# de clientes satisfechos/# de clientes encuestados)* 100	Mínimo 90%	Semestralmente	Subdirector Técnico
1. Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo	Gestión Jurídica	1	Efectividad en la emisión de conceptos jurídicos	Tiempo de contestación de conceptos jurídicos	15 días	Mensual	Asesor Jurídico

Objetivo de Calidad Relacionado	Proceso	#	Nombre	Cálculo	Meta	Periodicidad de Revisión	Responsable de la revisión
1. Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo	Control interno	1	Cumplimiento en auditorias planeadas	(# de auditorias realizadas/# de auditorias programadas)*100	90%	Semestralmente	Asesor Control Interno
		2	Eficacia en la implementación de acciones preventivas y de mejora	(Planes de acción ejecutados/planes de acción programados)*100	90%	Anual	Asesor Control Interno
1. Difundir el sistema de gestión de calidad a todos los funcionarios del instituto para mejorar continuamente sus procesos. 2. Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo	Gestión de Calidad	1	Rendimiento por procesos	#de No Conformidades detectadas por	(80-100)%	Trimestralmente	Subdirector administrativo y financiero
		2	Eficacia del SGC	# de procesos con No Conformidades detectadas / Total Procesos auditados		Trimestralmente	Subdirector administrativo y financiero
		3	Eficacia en la actualización de documentos	Tiempo de actualización de documentos	Máximo 5 días	Trimestralmente	Subdirector administrativo y financiero

Fuente: Autor del proyecto

En la tabla de indicadores se presentan los tres tipos de indicadores atendiendo a las orientaciones de la NTCGP 1000:2004 y de la ley 872 de 2003, interpretados de la siguiente manera: cuando se enuncian los indicadores que muestran la eficiencia, este término hace referencia al uso de recursos que se requieren para llevar a cabo los procesos; la eficacia alude al cumplimiento de planes y programas, la efectividad tiene que ver con el impacto de la gestión de la entidad en términos de cumplimiento de su misión y la satisfacción de las necesidades de las partes interesadas.(Ver figura 7).

Figura 8. Modelo de indicadores de gestión



Fuente: Tomado y adaptado de Sistema de gestión integral “Una sola gestión un solo equipo”. Editorial universidad de Antioquia.

4.1.1 Resultados obtenidos de la encuesta de diagnóstico. Según los resultados obtenidos que se muestran en el anexo 3, la calificación que se obtuvo según el método de ponderación obtenido es de 1.28, esto indica, según lo establecido en la tabla 5, que el conocimiento por parte de los funcionarios del instituto es inadecuada pues se encuentra en el rango (entre 0.0 y 2.0). Esto con el fin de medir el grado de conocimiento que tenían de la norma NTCGP 1000:2004, lo cual permite definir el tipo de capacitaciones y actividades a realizar.

Se decidió aplicar la encuesta solo a los responsables de los procesos debido al extenso contenido, por tal motivo se le aplicó a cinco personas. Según estos resultados no se mostraba realmente la situación del instituto, así que se decidió aplicar la matriz de diagnóstico la cual permitió identificar cada uno de los procesos existentes, su interacción y el grado de implementación del SGC basado en la NTCGP 1000: 2004.

4.1.2 Resultados obtenidos de la matriz de diagnóstico. Según los criterios estipulados para la interpretación de los resultados que se muestra en la tabla 6 se puede evidenciar que el instituto se encontraba en un estado deficiente ya que

obtuvo un puntaje de 0.98 que se muestra en la matriz de diagnóstico en el anexo 4, esto indica que el Instituto no cumple adecuadamente con los requisitos necesarios que exige la NTCGP 1000:2004, aunque algunos de los numerales de la norma arrojan un resultado satisfactorio, esto no indica que el instituto cuente con un adecuado sistema de gestión de calidad basado en la norma NTCGP 1000:2004.

4.2 CAPACITACIÓN.

Esta actividad es esencial para la implementación de cualquier SGC ya que es importante tener conocimiento de la terminología para manejar el mismo idioma entre el personal del IMEBU. Esta actividad se realizó paralela a todas las etapas pues en cada una de ellas es importante explicar que significa y el como aplicarlas por lo tanto esta actividad se llevó a cabo en todo el proceso de diagnóstico, documentación e implementación de los SGC, de igual manera es importante concientizar a todo el personal sobre las ventajas que trae implementar la NTCGP 1000:2004. El plan de capacitación se presenta en la tabla 11.

Tabla 11. Plan de capacitación

TEMA	RESPONSABLE	ASISTENTES
FUNDAMENTOS DE LA NTCGP 1000:2004 Y BENEFICIOS	Coordinador de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
TERMINOLOGIA APLICADA	Coordinador de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
CICLO PHVA	Coordinador de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
GENERALIDADES DE LA DOCUMENTACIÓN	Coordinador de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS	Asesor de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
MANUAL DE CALIDAD	Asesor de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
PRODUCTO NO CONFORME	Asesor de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas

TEMA	RESPONSABLE	ASISTENTES
PLANES DE ACCIÓN (ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS)	Asesor de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas
AUDITORIAS INTERNAS	Asesor de calidad	Todo el personal incluyendo contratistas

Fuente: Autora del proyecto

En las capacitaciones se llevaron a cabo actividades de:

Sensibilización, informativas (documentación, conceptualización, contextuales entre otras), socialización (documentos exigidos por la NTCGP 1000:2004, documentos establecidos por el Instituto) e Implementación

Las actividades de sensibilización fueron aplicadas principalmente al inicio de cada etapa, con el objetivo de inculcar a los funcionarios los beneficios que conlleva aplicar cada uno de estos pasos en un SGC.

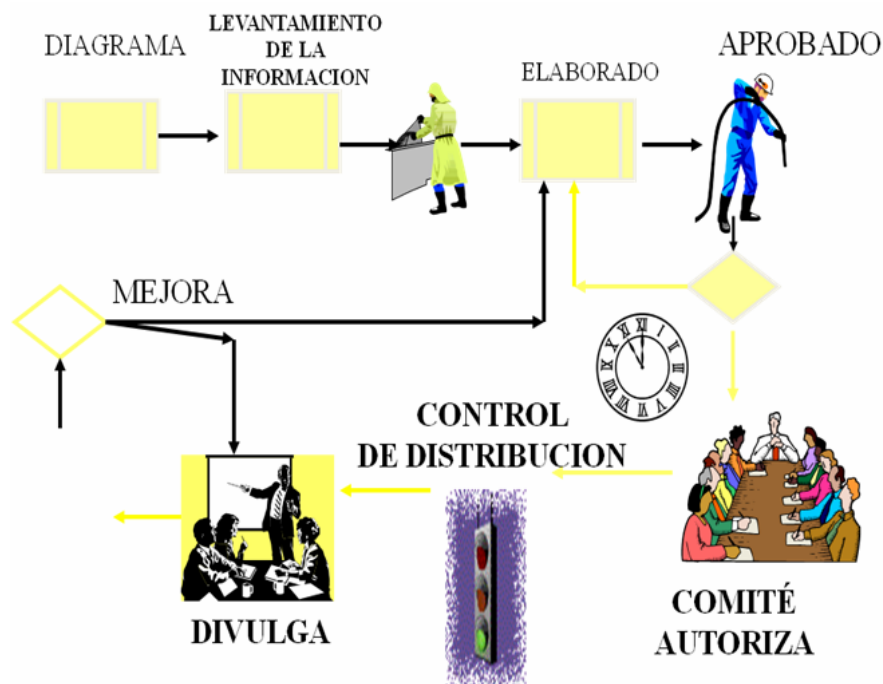
Las actividades informativas y de socialización se realizaron conjuntamente con la recolección de los datos con el fin de manejar en cada uno de los procesos la terminología adecuada, llevándose a cabo funcionario por funcionario o de tipo grupal, con el fin de dejar claridad en cuanto al conocimiento de la norma y la funcionalidad en cada uno de los procesos.

Es importante recalcar que en el IMEBU adicionalmente se ofreció formación a través de ICONTEC por medio de diplomados y seminarios a algunos funcionarios del instituto sobre SGC y MECI.

4.3 DOCUMENTACIÓN (HACER).

En esta etapa se recopiló la información pertinente para la elaboración de los documentos que requiere el instituto para una mejor gestión. En la figura 8 se muestra el proceso que se llevó en esta etapa del ciclo PHVA.

Figura 9. Proceso de documentación



Fuente: Autor del proyecto

La figura 9 es una representación gráfica de cómo se llevó a cabo el proceso de documentación en el instituto, en esta etapa se determinaron los procesos y documentos necesarios para llevar el control de la gestión que se realizó en el instituto, cumpliendo con los requisitos legales, normativos y de la organización en la figura 10 se muestran los diferentes documentos que se establecieron en cada proceso del IMEBU.

Figura 10. Relación de documentos

Proceso	Código	Título del Documento
Gestión Estratégica y de Dirección	G-GED-PED-01	GUÍA ACUERDOS DE GESTIÓN
Gestión Estratégica y de Dirección	M-GED-PED-01	MANUAL DE CALIDAD
Gestión Estratégica y de Dirección	P-GED-PRD-01	PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
Gestión Técnica	P-GT-PCDE-01	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA CENTRO DE DESARROLLO EMPRESARIAL
Gestión Técnica	P-GT-PILE-02	PROCEDIMIENTO DEL PROGRAMA INICIATIVAS LOCALES DE GESTIÓN EMPRESARIAL
Gestión Técnica	P-GT-PCT-03	PROCEDIMIENTO AL PROGRAMA CRÉDITO PARA TODOS
Gestión Técnica	G-GT-PCDE-01	GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CENTRO DE DESARROLLO EMPRESARIAL
Gestión Técnica	G-GT-PILE-02	GUÍA DE REQUISITOS
Gestión Administrativa y Financiera	P-GAF-PRH-01	PROCEDIMIENTO DE RECURSO HUMANOS
Gestión Administrativa y Financiera	P-GAF-PA-02	PROCEDIMIENTO DE ALMEACEN
Gestión Administrativa y Financiera	P-GAF-PM-03	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO
Gestión Administrativa y Financiera	P-GAF-PCO-05	PROCEDIMIENTO DE COMPRÁS
Gestión Jurídica	M-GJ-PJ-01	MANUAL DE CONTRATACIÓN
Gestión Jurídica	A-GJ-PJ-01	NORMOGRAMA
Control Interno	P-CI-PCAT-01	PROCEDIMIENTO COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN
Control Interno	P-CI-PCOM-02	PROCEDIMIENTO COMPONENTE DE COMUNICACIÓN
Control Interno	P-CI-PCIN-03	PROCEDIMIENTO COMPONENTE DE INFORMACIÓN
Control Interno	G-CI-PCOM-01	GUÍA PLAN DE COMUNICACIÓN
Gestión de Calidad	P-GC-PAC-01	PROCEDIMIENTO AUDITORIA DE CALIDAD
Gestión de Calidad	P-GC-PCD-02	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS
Gestión de Calidad	P-GC-PCR-03	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS
Gestión de Calidad	P-GC-PACAP-04	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS
Gestión de Calidad	P-GC-PNC-05	PROCEDIMIENTO CONTROL DE NO CONFORMIDADES

Fuente: Documentación del SGC del IMEBU

4.4 IMPLEMENTACIÓN (HACER).

Esta etapa fue direccionada a cada funcionario sobre la manera de cómo se deben diligenciar los documentos que hacen parte de cada uno de los procesos y su adecuada aplicación. La documentación se socializó proceso por proceso, con el fin de que los funcionarios tuvieran mayor manejo en la documentación existente.

En esta fase se dió un plazo pertinente para que se llevará a cabo la documentación y así hacer ajustes según las necesidades de cada funcionario, con el objetivo de hacer cambios si se requerían. La metodología que se llevó a cabo en esta etapa es la siguiente:

- Socialización y entrega de la documentación referente al proceso así como de otros documentos donde estuvieran involucrados.
- Visitas aleatorias a los diferentes procesos verificando que se llevaran cada uno de los documentos establecidos.
- Ajuste en la documentación. Una vez se había implementado la documentación aprobada, es importante generar conciencia en cada uno de los funcionarios sobre el buen manejo de ésta, con el fin de generar cambios si es necesario, debido a errores de aplicación de éstos u oportunidades de mejora.

4.5 AUDITORIAS Y SEGUIMIENTO (VERIFICAR)

En esta fase se realizó la evaluación de los sistemas de gestión con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos legales, normativos y de la entidad.

Esta fase también es importante porque evalúa los aspectos positivos, fortalezas e identifica las oportunidades de mejora que garanticen el fortalecimiento del sistema.

Las auditorías internas se llevaron a cabo el 22 de octubre de 2009 y el 23 de abril de 2010 con el fin de revisar la implementación de los procedimientos de cada proceso, los manuales y demás documentos a través de registros que muestren la evidencia de estos. Las auditorías se ejecutaron aplicando las 3 técnicas básicas: entrevista, revisión de registros y observación directa. Los resultados arrojados de la primera auditoría se evidencian en la tabla 12.

Tabla 12. Reporte de no conformidades, fortalezas y observaciones

PROCESO	NO CONFORMIDAD
GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCIÓN	La alta dirección no tiene definidos los intervalos planificados para realizar la revisión por la dirección de igual forma no se evidencia la revisión No se ha evidencia revisión al sistema de gestión de calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continua, incumpliendo así con el requisito 5.6.1 de la norma GP1000
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	El no cumplimiento de la ley 594 en cuanto a la gestión documental ya que no están identificando, protocolizando y controlando toda la información documental de la entidad No se evidencian soportes de la eficacia de las capacitaciones como lo exige la norma GP1000 en el requisito 6.2.2 en cuanto a que la organización debe tener registros que midan la eficacia de las capacitaciones realizadas como se detecto en la capacitación difundida sobre el Código de ética y buen gobierno dirigida a todo el personal
GESTION TECNICA	No se cumple el requisito 8.2.1 de la norma GP1000 debido a que la organización no tiene establecido un canal de comunicación efectivo para medir la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.
GESTION JURIDICA	No se evidenciaron
GESTION DE CALIDAD	No se cumple con el requisito 4.2.3 literal f). Debido a que la organización no se ha asegurado de que se identifiquen los documentos de origen externo y no se controla su distribución ya que se no se encontró en el Normograma la ley 594 del 2000

CONTROL INTERNO	No se evidencia la toma de acciones preventivas producto de los resultados del mapa de riesgos definidos en la columna de controles del riesgo, incumpliendo así con el requisito 8.5.3 de la norma GP1000.	
PROCESO	CONFORMIDAD (FORTALEZAS)	OBSERVACIONES
GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCIÓN	Los resultados de la revisión al sistema por parte de la Alta dirección, profundizando el análisis de la información de entrada, tales como las recomendaciones para la mejora, de manera, que se aproveche este medio para hacer participe al personal de la organización durante la misma y se enriquezcan las fuentes de información dirigidas al replanteo de estrategias para ampliar mercados y servicios	Fortalecer el compromiso de la alta dirección por el sistema de gestión de calidad para que sea conocido, interpretado y difundido por todo el personal en expresión de demostrar las herramientas útiles para tener un sistema de calidad eficaz Se debería evaluar la necesidad de contratar directamente los servicios de mantenimiento a equipos de computo para así crear la cultura a ser preventivos con la herramienta primaria que tiene la organización para la prestación del servicio debido a que actualmente es un servicio contratado cuando se requiere reparar algún equipo de computo
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	La gestión por administrar los recursos asignados enfocados a estimular al personal por medio de un efectivo plan de bienestar y de una formación basada en enviar a los funcionarios de cargos críticos a cursos de actualización y diplomados necesarios para la mejora del servicio	Fortalecer el plan de capacitación vinculando refuerzos en Los sistemas implementados bajo la norma GP1000 Y MECI 1000
GESTION TECNICA	No se evidenciaron	Mejorar la planificación de los programas por medio del uso de diferentes herramientas como el CRM para identificar las necesidades del cliente y fortalecer el seguimiento al servicio
GESTION JURIDICA	No se evidenciaron	Se recomienda crear un manual de contratación aplicado a la ley colombiana el cual permita ser guía en la ejecución de la contratación por parte de la organización

GESTION DE CALIDAD	La integración de la documentación elaborada por parte de las normas MECI 1000 y GP1000 ya que disminuye el reproceso y facilita el entendimiento e implementación del sistema de gestión de calidad y del modelo estándar de control interno	Reforzar por medio de capacitaciones las directrices de la organización como son misión, visión, valores corporativos, política y objetivos de calidad dirigida a todo el personal directo e indirecto del IMEBU
CONTROL INTERNO	La calificación por parte de la Contraloría como satisfactoria en las visitas realizadas, demuestran la gestión del proceso enfocado a cumplir sus objetivos y a difundir el sistema integral en todas las áreas de la entidad	Realizar reuniones que se puedan denominar COMITES MECI O DE CALIDAD para poder interactuar opiniones y revisar el estado actual del Sistema, el mapa de riesgos y las opciones de mejora que apliquen a cada proceso según el caso; para ello se recomienda plasmar en un acta de reunión las decisiones tomadas

Fuente: Resultados del informe de la primer auditoría.

4.6 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE HALLAZGOS.

Una vez realizadas las auditorías internas y confrontando los criterios con la realidad se encuentran diversos escenarios de mejora, prevención o corrección y es de acuerdo a estos que se realizan las acciones apropiadas.

4.6.1 Acciones Correctivas. Son aquellas que se utilizan para eliminar las causas de las no conformidades, con objeto de prevenir su repetición. Estas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades detectadas. Según el informe de auditoría se detectaron seis no conformidades, para esto se establecieron los siguientes planes de acción (Ver tabla 13) y en el Anexo 12 muestra el formato de acciones correctivas y preventivas.

Tabla 13. Acciones correctivas de la auditoría

PROCESO	NO CONFORMIDAD	ACCIONES	RESPONSABLES
<p align="center">GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La alta dirección no tiene definidos los intervalos planificados para realizar la revisión por la dirección de igual forma no se evidencia la revisión No se ha evidencia revisión al sistema de gestión de calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continua, incumpliendo así con el requisito 5.6.1 de la norma GP1000. 	<ul style="list-style-type: none"> • La lta dirección debe establecer con que intervalos de tiempo realizara revisiones por la dirección y se incluirá en el manual de calidad en la sección de Revisión por la dirección • Esperar a que se realice el cambio de Director general y para mediados de mayo realizar la revisión por la dirección ya que para esa fecha se cuenta con suficiente información de entrada para evaluarla y tomar decisiones en pro de la mejora continua de la entidad 	<p align="center">DIRECTOR GENERAL</p>
<p align="center">GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El no cumplimiento de la ley 594 en cuanto a la gestión documental ya que no están identificando, protocolizando y controlando toda la información documental de la entidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar en el presupuesto el rubro y generar el CDP para solicitar la contratación • Establecer el pliego de condiciones y los términos de referencia para invitar a los oferentes que cumplan con las exigencias expuestas por la organización • Contratar y ejecutar el plan de trabajo en lo correspondiente a implementar la ley 594 de 2000 	<p align="center">SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO</p>
<p align="center">GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se evidencian soportes de la eficacia de las capacitaciones como lo exige la norma GP1000 en el requisito 6.2.2 en cuanto a que la organización debe tener registros que midan la eficacia de las capacitaciones realizadas como se detecto en la capacitación difundida sobre el Código de ética y buen gobierno dirigida a todo el personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar todos los informes de capacitación para verificar que se tenga prueba del medio de evaluación realizado a cada capacitación. De haber mas pendientes solicitar a los capacitadores los talleres ejecutados para almacenarlos. • De aquí en adelante se deja en el procedimiento de capacitación que se 	<p align="center">SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO</p>

PROCESO	NO CONFORMIDAD	ACCIONES	RESPONSABLES
		<p>harán evaluaciones aleatorias de diferentes tipos de medición como por ejemplo preguntas abiertas, talleres, evaluaciones escritas, entre otros para poder conocer si la capacitación fue eficaz o no.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un formato para que se califique al Capacitador cada vez que se realice una capacitación y así garantizar la eficacia desde el punto de vista del capacitador y del capacitado • Sensibilizar al personal administrativo responsable de que se archiven los informes de capacitación y la respectiva evaluación para que se concientice de la importancia de medir la EFICACIA de cada capacitación 	
GESTIÓN TÉCNICA	<p>No se cumple el requisito 8.2.1 de la norma GP1000 debido a que la organización no tiene establecido un canal de comunicación efectivo para medir la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un encuesta de satisfacción que permita evaluar la atención prestada por nuestros funcionarios • Crear un indicador que estadísticamente me permita ver el porcentaje de satisfacción de los usuarios encuestados 	SUBDIRECTOR TÉCNICO
GESTIÓN DE CALIDAD	<p>No se cumple con el requisito 4.2.3 literal f). Debido a que la organización no se ha asegurado de que se identifiquen los documentos de origen externo y no se controla su distribución ya que se no se encontró en el NORMOGRAMA la ley 594 del 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar que otra legislación no se ha contemplado en el NORMOGRAMA e incluirla • Establecer la periodicidad de revisar la legislación que genere el gobierno y que se aplique a la entidad • Evaluar la necesidad de establecer por medio de una política o 	DIRECTOR GENERAL Y COORDINADOR DE CALIDAD

PROCESO	NO CONFORMIDAD	ACCIONES	RESPONSABLES
		<p>procedimiento según criterio de la organización, los medios a utilizar para revisar la legislación nueva, la asignación de un responsable para actualizar el NORMOGRAMA y de asegurar la entrega a cada proceso que aplique dicha normatividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al responsable asignado sobre la actualización de la normatividad legal colombiana aplicable a la entidad. 	
<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>No se evidencia la toma de acciones preventivas producto de los resultados del mapa de riesgos definidos en la columna de controles del riesgo, incumpliendo así con el requisito 8.5.3 de la norma GP1000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar del mapa de riesgos cuales controles ya se han aplicado para documentarlos como plan de acción preventivo. • Sensibilizar a todo el personal sobre la importancia de tener la cultura preventiva en gestión de evidenciar las mejoras realizadas en cada proceso. 	<p>ASESOR JURÍDICO</p>

Fuente: Autor del proyecto

Se crearon planes de acción con el fin de eliminar las causas de la no conformidad detectada en la primera auditoría, para el mejoramiento continuo.

- **Desarrollo y resultados de la segunda auditoría**

La segunda auditoría se llevó a cabo el día 23 de abril de 2010, para el desarrollo de esta actividad se presentaron diversos inconvenientes por motivos externos, el plan de ésta se ajustó acorde a la disponibilidad de tiempo de los funcionarios, el plan de auditoría se muestra en el Anexo 12 donde se establecen los parametros a seguir en el desarrollo de este proceso, los resultados obtenidos de la segunda auditoría se evidencian en la tabla 14.

Tabla 14. Plan de acción según los resultados obtenidos de la segunda auditoria

PROCESO	NO CONFORMIDAD	ACCIONES	RESPONSABLES
GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN	A la fecha no se ha realizado revisión por la dirección incumpliendo así con el requisito 5.6 de la norma GP1000	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer la revisión por la dirección para mayo con la alta dirección debido a que ya se cuenta con suficiente información de entrada para el respectivo análisis 	DIRECTOR GENERAL
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	No se evidencia cumplimiento del plan de bienestar e incentivos para el personal incumpliendo así con lo estipulado por la organización para mejorar el ambiente de trabajo (requisito 6.4 de la norma GP1000)	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el plan de bienestar e incentivos, que es prioridad ejecutar. Una vez se levante la ley de garantía, se ejecutará dicho plan, según lo programado. 	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
GESTIÓN JURÍDICA	No se evidencia la firma por parte de la Directora general en la solicitud 003 del 19/01/10 para el contrato de prestación de servicio de la Señorita María del Pilar Jaime Cuadros	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar todas las carpetas de contratación de OPS para verificar que no se encuentre otro contrato sin una firma y las que resulten sin forma inmediatamente hacerla firmar • Sensibilizar al personal responsable de almacenar las carpetas y los documentos respectivos para que revisen antes de guardar que ningún documento este con una firma pendiente 	ASESOR JURÍDICO

5. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este capítulo muestra por medio de evidencia el cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de proyecto confrontando cada objetivo con el numeral donde se encuentra la evidencia. (Ver tabla 15)

Tabla 15. Cumplimiento de objetivos

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO
Realizar un análisis del diagnóstico general del Instituto que permita evaluar el estado actual en cuanto a Gestión de Calidad basada en la NTC-GP 1000:2004.	<p>3.1 Diagnóstico de la situación inicial del IMEBU</p> <p>3.1.1 Interpretación de resultados</p> <p>4.1.1 Resultados obtenidos de la encuesta</p> <p>4.1.2</p>
Extraer información del sistema a través de registros y evidencias que permitan la documentación y estandarización de los procesos	<p>3.4 Documentación</p> <p>3.4.1 Identificación de los documentos</p> <p>3.4.2 Diseño y elaboración de documentos</p> <p>3.4.3 Manual de calidad</p>
Capacitar a todos los funcionarios del instituto por medio de talleres didácticos que permitan la sensibilización del personal en la implementación de la NTC GP 1000-2004.	4.2 Capacitación (plan de capacitación)
Plantear y documentar cada uno de los procedimientos establecidos en el sistema, garantizando el buen funcionamiento del instituto bajo la NTC-GP 1000:2004	<p>3.4 Documentación</p> <p>3.4.1 Identificación de los documentos</p> <p>3.4.2 Diseño y elaboración de documentos</p> <p>3.4.3 Manual de calidad</p> <p>4.3 Documentación</p>
Implementar estrategias de capacitación que faciliten la retroalimentación al personal sobre los procesos y procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad en Gestión Pública, su funcionamiento y su respectiva documentación (documentos, instructivos, registros, etc.) para un mejor desempeño del	3.3 Capacitación

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO
Instituto.	
Integrar los diversos procesos implementados bajo la NTC-GP 1000:2004	3.2.5 Definición red de procesos
Desarrollar dos auditorias internas al sistema para evidenciar aspectos relevantes que permitan generar mejoras continuas a través de acciones correctivas, preventivas y planes de mejora	3.6.3 Desarrollo de auditorias internas 4.5 Auditorias y seguimiento 4.6 Resultados del tratamiento de hallazgos
Plantear indicadores que permitan evidenciar la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.	4.1 Planeación (tablero estratégico de indicadores)

Fuente: Autora del proyecto

5.1 ACTIVIDADES ADICIONALES

Adicional a las actividades que se llevaron a cabo para el desarrollo del presente proyecto, se realizaron actividades para contribuir con la implementación del MECI, por tal razón fue mucho más fácil su integración con el SGC bajo la NTC GP1000: 2004. Es decir, que con la aplicación conjunta de las actividades antes mencionadas y las previamente establecidas en el proyecto fue posible que el Instituto Municipal de Empleo y Fomento Empresarial de Bucaramanga cumpliera con lo establecido por la ley.

6. CONCLUSIONES

- Uno de los elementos de mayor relevancia en el diseño, documentación e implementación de un sistema de gestión de calidad es la construcción de un diagnóstico y su uso, ya que con esta herramienta fue posible establecer con claridad la situación del IMEBU, para planear las actividades a desarrollar, acordes a las necesidades encontradas.
- A partir del suministro de la información dada por los funcionarios del instituto y los registros existentes, se logró diseñar la documentación y la estandarización de los procesos propios del IMEBU.
- A través del diseño e implementación de capacitaciones, se alcanzó un alto grado de sensibilización del personal, facilitando la implementación de la NTC GP 1000: 2004.
- Al retroalimentar al personal sobre la documentación, se mejoró el funcionamiento del sistema de gestión de calidad del IMEBU.
- La utilización del enfoque por procesos permitió al IMEBU la integración y articulación de sus procedimientos, facilitando su desarrollo.
- La adopción del ciclo PHVA creó las bases de una cultura proactiva que le permitió al IMEBU hacer una buena gestión
- La adecuada documentación de los procesos contribuyó en la adopción de un sistema de mejoramiento continuo, permitiendo a todo el personal del IMEBU

realizar sus actividades según los lineamientos establecidos por las normas vigentes y las necesidades institucionales.

- La implementación del SGC contribuyó a obtener recursos que aumentaron el grado de satisfacción del usuario, dando cumplimiento a sus necesidades y expectativas, a través de nuevos planteamientos de estrategias en cada uno de los programas
- El desarrollo de auditorías en el IMEBU permitió evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos de orden legal, organizacional y según la norma, creando acciones de mejoramiento.
- El planteamiento de indicadores de gestión de eficacia, eficiencia y efectividad permitieron que los funcionarios del IMEBU y la ejecutora del presente proyecto lograran reconocer de forma objetiva el estado actual del instituto.

7. RECOMENDACIONES

- Para mantener el SGC es importante el compromiso por parte de todos los funcionarios del instituto, aportándole al mejoramiento continuo.
- Programar jornadas de capacitación y sensibilización constante del SGC con todo el personal de la institución, con el fin de conservar y fortalecer la cultura de mejoramiento en el IMEBU.
- Mantener en constante revisión la documentación establecida, con el fin de que ésta se encuentre actualizada y que todo el personal este haciendo buen manejo de ella, contribuyendo con la mejora continua del sistema documental.
- Monitorear el estado de los procesos y el cumplimiento de los objetivos mediante la medición de los indicadores de gestión.
- Crear una cultura de implementación de acciones correctivas y preventivas, aportando en la mejora continua del instituto.
- Diseñar planes de contingencia en la institución con el fin de evitar contratiempos y por ende demoras en la prestación del servicio.
- Retroalimentación a través de las encuestas de satisfacción del usuario, con el fin de conocer sus inquietudes sobre el servicio que se preste y dar solución contribuyendo en la mejora del servicio.

- Programar auditorías internas como mecanismo para verificar la eficiencia, eficacia y efectividad en cada uno de los procesos, cumpliendo con los requisitos de la norma
- Programar una preauditoria con un ente certificador con el fin de verificar si el SGC implementado cumple con los requisitos exigidos y además permite identificar las principales áreas de riesgo para la organización.

BIBLIOGRAFÍA

- **ICONTEC, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación NTC ISO9000.** Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario. ICONTEC. Bogotá D.C. 2005.
- **ICONTEC, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación NTC GP1000:2004.** Sistemas de Gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras Entidad prestadoras de servicios. ICONTEC. Bogotá D.C. 2004.
- **MALLEN DAVID Y COLLINS CHRISTINE.** Manual de habilidades para auditoria. ICONTEC. Bogotá, D.C, 2003.
- **ATEHORTÚA FEDERICO, BUSTAMANTE RAMÓN Y VALENCIA DE LOS RIOS JORGE.**Sistema de gestión integral “Una sola gestión, un solo equipo.Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición junio de 2008.

Páginas Web consultadas:

- www.imebu.gov.co
- www.dafp.go.co
- <http://johnnavas.galeon.com/productos1002127.html>
- <http://www.ongconcalidad.org/qprincipios.pdf>
- <http://johnnavas.galeon.com/productos1002127.html>

ANEXOS

Anexo1. Normograma

PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO	RESOLUCIÓN O ARTÍCULO	TÍTULO (propósito, resumen, uso)	ENTIDAD EMISORA	FECHA ENTREGADA EN VIGENCIA
Gestión Estratégica y de Dirección	Ley	136	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios	Congreso	1994
Gestión Técnica	Decreto	777	Ejecuta programas de interés público con entidades sin ánimo de lucro	Presidencia de la república	1992
Gestión Técnica	Decreto	1403	Modificación al decreto 777	Presidencia de la república	1992
Gestión Técnica	Decreto	1	Demandas de particulares al estado	Presidencia de la república	1984
Control Interno	Ley	87	Reglamentación	Congreso	1992
Gestión Administrativa y Financiera	Acuerdo Municipal	016/1958	Prima de Servicio	Concejo Municipal	1958
Gestión Administrativa y Financiera	Regimen del Empleado Oficial		Normas aplicables a los trabajadores oficiales y de carrera administrativa	Congreso	1968
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	909	Reglamenta carrera administrativa y gerencia pública	Congreso	2004
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	734	Procesos disciplinarios	Congreso	2002
Gestión Administrativa y Financiera	Decreto	111	Estatuto orgánico de presupuesto	Presidencia de la república	1996
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	617	Descentralización, gasto público, entidades nacionales y territoriales	Congreso	2000

PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO	RESOLUCIÓN O ARTÍCULO	TÍTULO (propósito, resumen, uso)	ENTIDAD EMISORA	FECHA ENTREGADA EN VIGENCIA
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	489	Normas de organización y funcionamiento de entidades nacionales	Congreso	1998
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	819	Reglamenta el presupuesto a través de normas orgánicas	Congreso	2003
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	594	Ley general de archivos	Congreso	2000
Gestión Administrativa y Financiera	Ley	598	Sistema de información para vigilancia SICE	Congreso	2000
Gestión Administrativa y Financiera	Decreto	3512	Contratación estatal SICE	Presidencia de la república	2003
Gestión Administrativa y Financiera	Acuerdo	0,10	Manual de Funciones	IMEBU	2006
Gestión Administrativa y Financiera	Decreto	2649	Plan único de cuentas PUC	Presidencia de la república	1993
Gestión Jurídica	Ley	80	Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública	Congreso	1993
Gestión Jurídica	Ley	1150	Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y transparencia en la ley 80	Congreso	2007
Gestión Jurídica	Decreto	2025	Modificatorio del decreto 2474 del 2008	Presidente de la república	2009
Gestión Jurídica	Decreto	3576	Modificatorio del decreto 2474 del 2008 y 2025 del 2009 por el cual se modifica parcialmente la 2474 del 2008 y 2025 del 2009	Presidente de la república	2009
Gestión Jurídica	Ley	610	Trámite de procesos de responsabilidad fiscal	Congreso	2000

Anexo 2. Encuesta de diagnóstico

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD								
4.1	Requisitos Generales								
a	Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir su misión (estratégicos, misionales, apoyo y de evaluación).								
b	Se han determinado la secuencia y la interrelación de esos procesos								
c	Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos.								
d	Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.								
e	Se realiza seguimiento y medición a los procesos								
f	Se implementan las acciones necesarias para alcanzars lo planificado y la mejora continua a estos procesos.								
g	Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos.								
	Se efectua control sobre los procesos contratados externamente.								
4.2	Gestión Documental								
4.2.1	Generalidades								
a	La política y los objetivos de calidad están documentados								
b	Existe un manual de calidad								
c	Se han elaborado los procesos documentados exigidos por esta norma (control de documentos, control de registros, control del producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y auditorias internas de calidad).								
d	Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías y protocolos) que le permiten a la entidad asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.								
e	Se diligencian y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000:2004.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
4.2.2	Manual de Calidad								
	Esta documentado el manual de calidad								
a	Incluye el alcance y las exclusiones								
b	Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos.								
c	Incluye la secuencia o interacción de los procesos								
4.2.3	Control de Documentos								
a	Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición.								
b	Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y reaprobación de los documentos.								
c	Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente.								
d	Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable.								
e	Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos-								
f	Existe un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución.								
g	Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos obsoletos, y la identificación de aquellos que se conservan.								
h	Se han identificado e implementado las disposiciones legales que le sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (ley de archivos)								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
4.2.4	Control de Registros								
	Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad.								
	Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación y disposición de los registros.								
	Se han identificado las disposiciones legales que le sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (ley de archivos)								
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN								
5.1	Compromiso de la Dirección								
a	La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios.								
b	Se ha establecido la política de la calidad								
c	Se han establecido los objetivos de la calidad								
d	Se han realizado las revisiones por la dirección								
e	Existe disponibilidad de los recursos para la implementación del sistema de gestión de la calidad.								
5.2	Enfoque hacia el Cliente								
	Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción.								
	Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad								
	Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente.								
	Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control.								
5.3	Política de la Calidad								
a	Es adecuada a la misión de la entidad								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
b	Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos.								
c	Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficiacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad.								
d	Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.								
e	Es comunicada y entendida por los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad.								
f	Se revisa para su adecuación continua								
5.4	Planificación								
5.4.1	Objetivos de la Calidad								
	Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización.								
	Incluye compromisos para cumplir los requisitos del producto y/o servicio.								
	Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de calidad.								
	En la formulación de los objetivos de calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad.								
	En la formulación de los objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad.								
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad								
a	Se ha establecido en la planificación de la calidad el cumplimiento al requisito 4.1 de la norma NTCGP 1000:2004								
b	Se ha establecido en la planificación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de calidad.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	Se ha establecido en la planificación de la calidad como mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este.								
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación								
5.5.1	Responsabilidad y Autoridad								
	Estan definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades								
	Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades.								
5.5.2	Representante de la Dirección								
	Esta designado formalmente ante la organización								
	Es un miembro de la dirección								
a	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el SGC.								
b	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora								
c	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización								
5.5.3	Comunicación Interna								
	Se han establecido mecanismos de comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del SGC.								
5.6	Revisión por la Dirección								
5.6.1	Generalidades								
	Esta planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección al SGC.								
	La revisión es concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del SGC								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora.								
	Se incluye en la revisión la evaluación de realizar cambios al SGC incluyendo la política y los objetivos de la calidad.								
	Se mantiene registros de las revisiones por la dirección								
5.6.2	Información para la revisión								
a	Resultados de auditorías								
b	Retroalimentación de los clientes								
c	Indicadores de desempeño de los procesos y conformidad del producto y/servicio								
d	Estado de las acciones preventivas y correctivas								
e	Acciones de seguimiento de revisiones anteriores								
f	Cambios planificados que afectarían al SGC								
g	Recomendaciones para la mejora								
h	Riesgos actualizados e identificados para la entidad.								
5.6.3	Resultados de la revisión								
a	Incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del SGC y sus procesos								
b	Incluyen decisiones sobre la mejora del producto y/o servicio con relación a los requisitos del cliente.								
c	Incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos								
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS								
6.2	TALENTO HUMANO								
6.2.1	Generalidades								
	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación								
a	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio								
b	Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades.								
c	Se evalúan las acciones tomadas, en términos de su impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del SGC de la entidad.								
d	Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y como ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad.								
e	Se tienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia, de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas								
6.3	INFRAESTRUCTURA								
	Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.								
	Incluye: edificios, espacios de trabajos, servicios asociados (comunicaciones, transporte, vigilancia y otros),								
	equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio.								
	Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.								
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO								
	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.								
	Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del servicio								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO								
7.1	Planificación de la realización del producto o prestación del servicio								
	Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales)								
	Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado								
	La planeación de estos procesos es consistente con los requisitos de los otros procesos del SGC (4.1)								
a	La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio								
b	La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio								
c	La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación.								
d	La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos.								
7.2	Procesos relacionados con los clientes								
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.								
a	La entidad ha determinado los requisitos del producto especificados por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo								
b	La entidad ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
c	La entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.								
d	Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de la entidad.								
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio								
a	Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos al cliente.								
b	Se asegura la entidad que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente.								
c	Se asegura la entidad que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.								
	Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen.								
	Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.								
7.2.3	Comunicación con los clientes								
a	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio.								
b	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio).								
c	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (Posterior a la prestación del servicio)								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
d	Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana.								
7.4	Adquisición de Bienes y Servicios								
7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios								
	Se asegura la entidad de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.								
	Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de la entidad.								
	Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en una selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o motivación subjetiva).								
	Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad.								
	Están definidos los criterios de selección de los proveedores.								
	Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores.								
	Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se deriven.								
	Existe un plan de compras adoptado a la organización								
	Los proveedores se encuentran debidamente inscritos en el registro de proponentes.								
	Los bienes o servicios se encuentran debidamente inscritos en el CUBS (catálogo único de bienes y servicios)								
	El proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para contratación SICE.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	El proceso contractual se reporta a la camara de comercio								
7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios								
	Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a compra y los procedimientos, procesos y equipos asociados								
	Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista								
	Se definen los requisitos al proveedor o contratista de su SGC								
	La entidad se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor.								
7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos								
	Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones								
	Si la entidad o su cliente se propone verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidas en los documentos de compras las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio.								
7.5	Producción y prestación de servicios								
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio								
	Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio.								
	La producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas.								
a	Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: fichas técnicas, protocolos del servicio)								
b	Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos)								
c	Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
d	Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento								
e	Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición.								
f	Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio.								
g	Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia								
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio								
	Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales)								
	La validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados.								
	En la validación se incluye la calificación y aprobación de procesos, equipos, personas y métodos.								
d	En la validación se incluye los requisitos para los registros.								
e	En la validación se incluye los requisitos para la revalidación.								
7.5.3	Identificación y Trazabilidad								
	Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio.								
	Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento								
	Se controla y registra la identificación única del producto y/o servicio.								
7.5.4	Propiedad del cliente (bienes suministrados para su utilización o incorporación del producto y/o servicio)								
	Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente.								
	Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estima inadecuado para el uso								
	Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estima inadecuado para el uso.								
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio								
	Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto.								
	La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección.								
	La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo.								
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA								
8.1	Generalidades								
	Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.								
	Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora								
a	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio.								
b	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del SGC								
c	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y la efectividad del SGC								
	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
8.2	Seguimiento y Medición								
8.2.1	Satisfacción del cliente								
	Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.								
	Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente.								
8.2.2	Auditoria interna (de calidad)								
	Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al SGC.								
a	En las auditorias internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTCGP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del SGC establecidos por la entidad.								
b	En las auditorias internas de calidad se determina si el SGC se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.								
	Las auditorias internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los proceso y las áreas por auditar.								
	Las auditorias internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorias previas.								
	Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorias internas de calidad.								
	Las auditorias internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad								
	Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y los requisitos para planificar y realizar las auditorias internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos.								
	La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas sin demora injustificada.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	Las actividades de seguimiento a las auditorias incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación.								
	Se conservan registros de los resultados de las auditorias internas.								
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos								
	Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del SGC.								
	El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad.								
	Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados.								
	Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimeitno a los resultados de la evaluación.								
	Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web.								
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio								
	Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio.								
	Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio.								
	Se hace seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planificó.								
	Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio								
	Los registros que se mantienen, incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	Se libera el producto únicamente cuando cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas.								
	Cuando se libera el producto sin que se hayan cumplido disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en la entidad o por el cliente.								
8.3	Control de Producto y/o Servicio No Conformes								
	Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional								
	Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencionada.								
	Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme.								
a,b,c	Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada o autorizar su uso bajo concesión o definir acciones para impedir su uso o aplicación.								
	Cuando se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un producto no conforme, esto lo hace una autoridad pertinente en la entidad o el cliente, cuando sea aplicable.								
	Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente incluidas las concesiones.								
	Los productos corregidos se someten a una nueva verificación								
	Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto esta en uso o ya fue entregado.								
8.4	Análisis de Datos								
	Se determina cuales son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuemtal
	Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.								
	Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua.								
	Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente.								
a	El análisis de datos proporcionan información sobre la satisfacción del cliente.								
b	El análisis de los datos proporcionan información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.								
c	El análisis de los datos proporcionan información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas.								
d	El análisis de los datos proporcionan información sobre los proveedores.								
8.5	Mejora								
8.5.1	Mejora continua								
	La mejora continua del SGC incluye aspectos tales como: política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para el seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.								
8.5.2	Acciones correctivas								
	Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir								
	Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas.								

Numeral Norma	AFIRMACIÓN	0	1	2	3	4	5	EVIDENCIA	
								Verbal	Docuental
	Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada.								
	Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados.								
8.5.3	Acciones preventivas								
	Se eliminan las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia								
	Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales.								
	Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada								
	Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas								
	Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados.								

Anexo 3. Resultados de la ponderación de la encuesta.

PREGUNTA	FRECUENCIA					PORCENTAJE					VALOR PARCIAL					PUNTAJE POR PREGUNTA			
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2		3	4	5
1	4	0	1	0	0	0	0,80	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0	0	0,4	0	0	0	0,4
2	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
3	3	0	2	0	0	0	0,60	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0	0	0,8	0	0	0	0,8
4	2	0	0	3	0	0	0,40	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00	0	0	0	1,8	0	0	1,8
5	2	0	0	3	0	0	0,40	0,00	0,00	0,60	0,00	0,00	0	0	0	1,8	0	0	1,8
6	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
7	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
8	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
9	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
10	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
11	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
12	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
13	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
14	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
15	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
16	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
17	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
18	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
19	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
20	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
21	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
22	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
23	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
24	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
25	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
26	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
27	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
28	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
29	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
30	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
31	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
32	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
33	2	0	3	0	0	0	0,40	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0	0	1,2	0	0	0	1,2
34	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
35	0	0	1	4	0	0	0,00	0,00	0,20	0,80	0,00	0,00	0	0	0,4	2,4	0	0	2,8
36	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
37	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
38	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	0	5	5
39	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
40	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
41	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
42	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
43	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
44	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
45	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
46	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
47	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
48	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
49	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
50	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1

PREGUNTA	FRECUENCIA					PORCENTAJE					VALOR PARCIAL					PUNTAJE POR PREGUNTA			
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2		3	4	5
51	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
52	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
53	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	5	5
54	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	5	5
55	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	5	5
56	2	0	0	0	0	3	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0	0	0	0	0	3	3
57	0	2	3	0	0	0	0,00	0,40	0,60	0,00	0,00	0,00	0	0,4	1,2	0	0	0	1,6
58	0	2	3	0	0	0	0,00	0,40	0,60	0,00	0,00	0,00	0	0,4	1,2	0	0	0	1,6
59	0	2	3	0	0	0	0,00	0,40	0,60	0,00	0,00	0,00	0	0,4	1,2	0	0	0	1,6
60	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
61	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
62	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
63	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
64	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
65	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
66	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
67	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
68	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
69	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
70	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
71	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
72	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
73	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
74	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
75	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
76	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
77	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	5	5
78	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	5	5
79	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
80	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
81	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
82	0	0	0	0	0	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0	0	0	0	0	5	5
83	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
84	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
85	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
86	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
87	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
88	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
89	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
90	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
91	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
92	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
93	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
94	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
95	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
96	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
97	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
98	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
99	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
100	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1

PREGUNTA	FRECUENCIA					PORCENTAJE					VALOR PARCIAL					PUNTAJE POR PREGUNTA			
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2		3	4	5
101	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
102	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
103	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
104	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
105	0	0	4	1	0	0	0,00	0,00	0,80	0,20	0,00	0,00	0	0	1,6	0,6	0	0	2,2
106	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
107	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
108	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
109	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
110	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
111	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
112	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
113	0	0	5	0	0	0	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0	0	2	0	0	0	2
114	0	4	1	0	0	0	0,00	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0	0,8	0,4	0	0	0	1,2
115	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
116	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
117	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
118	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
119	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
120	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
121	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
122	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
123	4	0	0	1	0	0	0,80	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0	0	0	0,6	0	0	0,6
124	4	0	0	1	0	0	0,80	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0	0	0	0,6	0	0	0,6
125	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
126	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
127	1	0	0	4	0	0	0,20	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00	0	0	0	2,4	0	0	2,4
128	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
129	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
130	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
131	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
132	2	3	0	0	0	0	0,40	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,6	0	0	0	0	0,6
133	2	0	3	0	0	0	0,40	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0	0	1,2	0	0	0	1,2
134	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
135	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
136	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
137	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
138	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
139	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
140	0	0	1	4	0	0	0,00	0,00	0,20	0,80	0,00	0,00	0	0	0,4	2,4	0	0	2,8
141	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
142	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
143	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
144	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
145	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
146	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
147	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
148	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
149	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
150	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1

PREGUNTA	FRECUENCIA					PORCENTAJE					VALOR PARCIAL					PUNTAJE POR PREGUNTA			
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2		3	4	5
151	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
152	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
153	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
154	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
155	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
156	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
157	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
158	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
159	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
160	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
161	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
162	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
163	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
164	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
165	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
166	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
167	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
168	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
169	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
170	1	4	0	0	0	0	0,20	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,8	0	0	0	0	0,8
171	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
172	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
173	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
174	3	0	2	0	0	0	0,60	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0	0	0,8	0	0	0	0,8
175	2	0	3	0	0	0	0,40	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0	0	1,2	0	0	0	1,2
176	3	0	2	0	0	0	0,60	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0	0	0,8	0	0	0	0,8
177	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
178	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
179	3	0	2	0	0	0	0,60	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0	0	0,8	0	0	0	0,8
180	3	0	2	0	0	0	0,60	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0	0	0,8	0	0	0	0,8
181	4	0	0	1	0	0	0,80	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0	0	0	0,6	0	0	0,6
182	4	0	0	1	0	0	0,80	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0	0	0	0,6	0	0	0,6
183	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
184	4	1	0	0	0	0	0,80	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,2	0	0	0	0	0,2
185	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
186	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
187	0	0	0	5	0	0	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0	0	0	3	0	0	3
188	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
189	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
190	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
191	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
192	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
193	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
194	4	0	1	0	0	0	0,80	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0	0	0,4	0	0	0	0,4
195	5	0	0	0	0	0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0
196	1	4	0	0	0	0	0,20	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,8	0	0	0	0	0,8
197	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
198	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
199	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
200	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1

PREGUNTA	FRECUENCIA					PORCENTAJE					VALOR PARCIAL					PUNTAJE POR PREGUNTA			
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2		3	4	5
201	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
202	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
203	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
204	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1
205	0	5	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	1	0	0	0	0	1

TOTAL	262,6
RANGO	1,28097561

Anexo 4. Matriz de diagnóstico

Item de la Norma	Puntaje	Criterio	Item de la Norma	Puntaje	Criterio	Item de la Norma	Puntaje	Criterio
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	0.55	Deficiente	4.1 Requisitos generales	1.0	Deficiente			
			4.2 Gestión documental	0.1	Deficiente	4.2.1 Generalidades	0.1	Deficiente
						4.2.2 Manual de calidad	0.1	Deficiente
						4.2.3 Control de documentos	0.1	Deficiente
						4.2.4 Control de registros	0.1	Deficiente
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	0.85	Deficiente	5.1 Compromiso de la dirección	1.9	Satisfactorio			
			5.2 Enfoque al cliente	1	Deficiente			
			5.3 Política de calidad	0.1	Deficiente			
			5.4 Planificación	0.5	Deficiente	5.4.1 Objetivos de calidad	0.1	Deficiente
						5.4.2 Planificación del SGC	0.9	Deficiente
			5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	1.5	Satisfactorio	5.5.1 Responsabilidad y autoridad	2.0	Satisfactorio
						5.5.2 Representante de la dirección	1.5	Satisfactorio
						5.5.3 Comunicación interna	1.0	Deficiente
			5.6 Revisión por la dirección	0.1	Deficiente	5.6.1 Generalidades	0.1	Deficiente
						5.6.2 Información para la revisión	0.1	Deficiente
5.6.3 Resultados de la revisión	0.1	Deficiente						
Item de la Norma	Puntaje	Criterio	Item de la Norma	Puntaje	Criterio	Item de la Norma	Puntaje	Criterio
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	1.4	Satisfactorio	6.1 Provisión de recursos	2	Adecuado			
			6.2 Talento humano	1.6	Satisfactorio	6.2.1 Generalidades	2	Satisfactorio
						6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación	1.2	Satisfactorio

			6.3 Infraestructura	1	Deficiente			
			6.4 Ambiente de trabajo	1	Deficiente			
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1.36	Satisfactorio	7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	1	Deficiente			
			7.2 Procesos relacionados con el cliente	1.23	Satisfactorio	7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	1.5	Satisfactorio
						7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.	1.2	Satisfactorio
						7.2.3 Comunicación con el cliente	1	Deficiente
			7.4 Adquisición de bienes y servicios	2.3	Adecuado	7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios.	2.5	Adecuado
						7.4.2 Información para la adquisición de bienes y servicios.	2.2	Adecuado
						7.4.3 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos.	2.2	Adecuado
Item de la Norma	Puntaje	Criterio	Item de la Norma	Puntaje	Criterio	Item de la Norma	Puntaje	Criterio
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	1.36	Satisfactorio	7.5 Producción y prestación del servicio	0.92	Deficiente	7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.	1.2	Satisfactorio
						7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	0.6	Deficiente
						7.5.3 Identificación y trazabilidad	1	Deficiente
						7.5.4 Propiedad del cliente	1	Deficiente
						7.5.5 Preservación del producto y/oservicio	0.8	Deficiente

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	0.74	Deficiente	8.1 Generalidades	1	Deficiente			
			8.2 Seguimiento y medición	0.68	Deficiente	8.2.1 Satisfacción del cliente	0.8	Deficiente
						8.2.2 Auditoria interna	0.1	Deficiente
						8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	0.8	Deficiente
						8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio.	1	Deficiente
			8.3 Control del producto y/o servicio no conforme	0.1	Deficiente			
			8.4 Análisis de datos	1	Deficiente			
			8.5 Mejora	0.9	Deficiente	8.5.1 Mejora continua	0.9	Deficiente
						8.5.2 Acción correctiva	0.9	Deficiente
						8.5.3 Acción preventiva	0.9	Deficiente

Anexo 5. Taller aplicado para la creación de la política de calidad

TALLER POLITICA DE CALIDAD (5.3)

La política de la calidad establece:

- Un compromiso con la calidad;
- cuáles son los objetivos de la calidad; y
- cómo se relacionan los objetivos con las expectativas de su cliente.

Su compromiso con la calidad debería describir su visión general de lo que significa la calidad para su empresa y sus clientes. En el numeral 4.2.1 se exige establecer esta política de la calidad por escrito.

El compromiso de la alta dirección con la calidad debería ser visible y activo. Por ejemplo, una copia expuesta al público de la política de calidad firmada por el propietario de la empresa representa un método que puede emplearse para mostrar el compromiso tanto a los empleados como a los clientes.

Todos los empleados deben entender la política de la calidad, cómo los afecta y su función en el sistema de gestión de la calidad. Su alta dirección debería decidir cómo lograrlo.

Además, la política de la calidad debería revisarse periódicamente para determinar si las metas y objetivos continúan siendo lo más apropiados para su organización. Esto debería realizarse durante la revisión por la dirección exigida en el numeral 5.6.

Aprobada nuestra razón de ser (MISION) y lo que queremos llegar a ser (VISION). Nos corresponde preguntarnos para que queremos implementar el Sistema de Gestión de Calidad en nuestra empresa? Y de esa respuesta es que surge la POLITICA DE CALIDAD, porque nos expresa el porque y para que queremos

implementar ISO 9001 para mayor comprensión describo que debe o puede contener la política de calidad.

- ◆ La política de calidad relaciona la razón de ser de la organización, y de su compromiso con el cliente y el Sistema de Gestión de Calidad.
- ◆ La política debe contener la búsqueda del cumplimiento de los clientes y una mejora continua.
- ◆ Orienta a empleados, proveedores subcontratistas y accionistas para atender al cliente y satisfacer sus necesidades; y por lo tanto es la base para establecer los objetivos de calidad.
- ◆ Debe ser redactada en forma sencilla y en pocas palabras, para que sea fácil comprensión y recordación para todos los miembros de la Organización; y facilite el proceso de comunicación.

A continuación se relacionan los elementos y las preguntas respectivas que debe contestar para la conformación de la política de calidad.

- CLIENTES: Quienes son los clientes de la organización.
- PRODUCTOS O SERVICIOS: Cuales son los principales productos y servicios de la organización?
- MERCADOS: Donde compite la organización?
- TECNOLOGIA: Es la tecnología un interés primordial para la organización?
- FILOSOFIA: Cuales son las creencias, valores y prioridades filosóficas fundamentales de la organización?
- CONCEPTO DE SI MISMA: Cual es la competencia distintiva de la organización o su principal ventaja competitiva?

- INTERES POR LOS EMPLEADOS: Se considera que los empleados son un activo valioso de la organización?

Definir los elementos de la Organización

CLIENTES	
PRODUCTOS O SERVICIOS	
MERCADOS	
TECNOLOGIA	
FILOSOFIA	
CONCEPTO DE SI MISMA	
INTERES POR LOS EMPLEADOS	
OTROS	

0.1 INTRODUCCION

La calidad se ha convertido en el mundo globalizado de hoy, en una necesidad insoslayable para permanecer en el mercado. Por ello los sistemas de gestión de la calidad basados en la norma NTC GP1000:2004, que reflejan el consenso internacional en este tema, han cobrado una gran popularidad, y muchas organizaciones se han decidido a tomar el camino de implantarlo.

Existen diversas metodologías para la implementación de sistemas de gestión de la calidad, y en todas sus autores coinciden en considerar a la elaboración de la documentación como una etapa importante, pero existe una tendencia a reducir el enfoque de esta cuestión a ofrecer algunos consejos para la elaboración de documentos (fundamentalmente del Manual de Calidad y los procedimientos), cuando no se trata sólo de confeccionarlos sino de garantizar que el sistema documental funcione como tal y pase a ser una herramienta eficaz para la administración de los procesos.

Es por ello que en el Manual de Calidad se encuentran entre otras cosas: La presentación (historia) y descripción de la empresa (localización, personal, organigrama, etc.), la misión y visión, las líneas generales que se plantea como estrategia sobre la que definir objetivos, en definitiva, todo aquello que constituye la política de calidad de la empresa; también se incluye un breve resumen de los procedimientos de Calidad, el fin del mismo se puede resumir en varios puntos:

- Única referencia oficial.
- Unifica comportamientos decisionales y operativos.
- Clasifica la estructura de responsabilidades.
- Independiza el resultado de las actividades de la habilidad.
- Es un instrumento para la Formación y la Planificación de la Calidad.
- Es la base de referencia para auditar el Sistema de Calidad.

Lo que se describe en este manual es nuestro proyecto de calidad integral, un proyecto que cambiara tantas veces como necesitemos adaptarnos al enfoque de nuestros clientes y como seamos capaces de mejorar todos los procesos internos de la organización. El cual tiene como propósito fundamental de establecer y describir nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la norma NTC GP 1000:2004.

0.2 NORMATIVIDAD

- Ley 872 de 2003 “Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Publico y en otras entidades prestadoras de servicios.
- Decreto 4110 del 2004 “Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública GP1000:2004” que establece los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, para la Rama Ejecutiva del Poder Publico y en otras entidades prestadoras de servicios.
- Circular 06 de 2005 “Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades del estado obligadas por la Ley 872 de 2003, su decreto 4110 de 2004 y la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública GP1000:2004”.

CAPITULO 1

DIRECTRICES DE CALIDAD

1.1 MISION

Somos un instituto dedicado al apoyo y generación de fuentes de trabajo en Bucaramanga y sus corregimientos, brindando solución a las necesidades de empleo a través de espacios de información, formación y diferentes programas, para proporcionar opciones al mundo empresarial que contribuyan al fortalecimiento de sus ideas de negocio.

1.2 VISION

IMEBU se posicionara como el instituto pionero en la generación de fuentes de empleo, enfocado al sector productivo, ofreciendo los mejores servicios en capacitación, líneas de crédito y canales de comercialización, buscando así el progreso de los ciudadanos de Bucaramanga y sus corregimientos.

CAPITULO 2 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACION

2.1 REQUISITOS GENERALES

El INSTITUTO MUNICIPAL DE EMPLEO Y FOMENTO EMPRESARIAL "IMEBU", ha desarrollado un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los lineamientos de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública GP1000:2004, documentando los procesos internos a partir de las necesidades detectadas en la organización.

Las directrices del sistema se han implementado en los diferentes niveles de la organización (Ver capítulo 1. del manual de calidad) difundiendo las responsabilidades de cada cargo por medio de charlas en las que se dan a conocer las disposiciones de la empresa referentes a los diferentes procedimientos establecidos y se mantiene a partir de los recursos proporcionados por la dirección.

A partir de las necesidades y hallazgos, generados por mediciones y/o seguimientos, se establecen opciones de mejora, Acciones Correctivas o Acciones Preventivas que buscan el mejoramiento continuo de la eficacia, de las condiciones, procesos y servicios de la empresa.

2.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, se ha desarrollado en función de los requisitos especificados en la norma NTC GP1000:2004 y las necesidades detectadas internamente. Dicha documentación posee una estructura que señala la relevancia de los diferentes tipos de documentos.

Las estructura de la documentación generada dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la organización esta compuesta de la siguiente forma:

- **MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD:** Documento que especifica el sistema de Gestión de la Calidad de una organización.
- **PROCEDIMIENTOS:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso.

- **REGISTRO:**
Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **DOCUMENTOS EXTERNOS:**
Documento generado por una entidad externa a IMEBU, y que tiene que ver con el desarrollo de los procesos internos. Se destacan como documentos externos la Normatividad legal que nos compete todo tipo de ente gubernamental, Norma NTC GP1000:2004, MECI 1000:2005, comunicados, circulares, entre otros. (Ver relación en el Normograma).

CAPITULO 3 RESPONSABILIDAD POR LA DIRECCION

3.1 COMPROMISO DE LA DIRECCION

En IMEBU, nos comprometemos a participar activamente en implementar y mantener nuestro Sistema de Gestión de la Calidad y desarrollo administrativo para lograr la satisfacción del cliente a través de la mejora continua y la optimización de nuestros procesos, mediante el involucramiento y compromiso de todo el personal.

Además, como organización nos comprometemos a:

- Hacer una revisión con la alta dirección en los cambios implantados que se estén cumpliendo en las disposiciones legales y en busca de posibles correctivos para evitar no conformidades.
- Gestionar los recursos necesarios en el momento oportuno para mantener en la organización un sistema de gestión de calidad eficiente y eficaz.

3.2 ENFOQUE AL CLIENTE

IMEBU satisface las necesidades del cliente a través del cumplimiento de las normas legales vigentes, las cuales brindan a la entidad lineamientos para poder cumplir con su labor de manera eficaz, eficiente y efectiva. IMEBU de acuerdo con su naturaleza y los productos y servicios generados en los procesos misionales ha definido los clientes externos que reciben el producto o servicio de manera directa.

Adicionalmente a la satisfacción del cliente inmediato, la gestión de los procesos busca la satisfacción de todas las partes interesadas, a través de los productos y servicios generados por IMEBU.

3.3 POLITICA DE CALIDAD

Para la satisfacción de nuestros usuarios IMEBU contribuye en el aumento de generación de fuentes de trabajo en Bucaramanga y sus corregimientos a partir de la sensibilización y la promoción de una cultura emprendedora y de desarrollo empresarial, en donde la población más afectada por el desempleo se inserte en el mundo del trabajo mediante la formación de competencias laborales, brindando así confiabilidad en el instituto y propiciando una mejora continua en sus procesos.

3.4 PLANIFICACION

3.4.1 OBJETIVOS DE CALIDAD

- Difundir el sistema de gestión de calidad a todos los funcionarios del instituto para mejorar continuamente sus procesos.
- Disponer de un personal calificado y comprometido en la prestación del servicio.
- Proporcionar métodos que contribuyan con el fortalecimiento de los programas que ofrece la institución.
- Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa.
- Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo.

3.4.2 PLANIFICACION E IMPLEMENTACION DE CAMBIOS EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

En nuestra Organización el enfoque basado en procesos implícito en el Sistema de Gestión de la Calidad nos sirve para operar de manera eficaz identificando y gestionando los procesos mutuamente relacionados y que interactúan para transformar elementos de entrada en resultados.

Las modificaciones realizadas al Sistema de Gestión de la Calidad, se realizan tomando como base de actuación el Ciclo de PHVA. A continuación se describe el mecanismo de planificación implementado:

Planificar

Durante la planificación se desarrollan las siguientes actividades:

- a) Analizar la necesidad de modificar o incluir directrices dentro del sistema.

- b) Recolectar información y formular los lineamientos de control.
- c) Modificar la documentación pertinente estableciendo los registros necesarios según sea aplicable.
- d) Implementar las directrices desarrolladas empleando el método que mejor se ajuste de acuerdo con las necesidades.

Hacer

Se ejecutan las actividades de acuerdo con las directrices establecidas. La responsabilidad por desarrollar cada una de las tareas planeadas se describe en los documentos desarrollados por la organización.

Verificar

Con el fin de mantener la integridad y mejorar la eficacia del Sistema se han establecido las siguientes actividades:

- a) De acuerdo con la aplicabilidad se implementan indicadores a los procesos establecidos internamente.
- b) Seguimiento y medición de indicadores de gestión.
- c) Auditorías internas.
- d) Revisiones por la dirección.

Actuar

A partir de los resultados de la verificación se originan actividades tendientes al mejoramiento continuo, dentro de dichas actividades se encuentran acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento, siguiendo los lineamientos del Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas. Tomando como base los resultados de la presente actividad se inicia nuevamente el ciclo PHVA buscando mejorar continuamente la eficacia del Sistema.

3.5 REPRESENTANTE DE LA DIRECCION

En IMEBU en aras de contar con un sistema de gestión de la calidad funcional, ágil y acorde con el fin de establecer, sostener y aumentar la satisfacción del cliente, se vincula mas activamente delegando al SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO como REPRESENTANTE POR LA ALTA DIRECCION y a quien se le encargara de establecer, implantar y mantener el Sistema de gestión de calidad; asimismo tendrá las siguientes responsabilidades:

- Generar el ambiente propicio para asegurar que toda la organización se concientice sobre los requisitos del cliente.
- Forjar activamente acciones que prevengan la aparición de no conformidades.
- Convocar las reuniones del Comité de calidad.

3.6 REVISION POR LA DIRECCION

3.6.1 GENERALIDADES

La Alta dirección realiza como mínimo una reunión al año con el fin de revisar el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, analizando si este es eficaz o no. A partir de los hallazgos se establecen acciones dirigidas a mejorar las condiciones de la empresa y la calidad de los servicios.

NOTA: La ejecución de las revisiones por la dirección y los resultados obtenidos, se registran y evidencian, a través del diligenciamiento del Formato llamado REVISION POR LA DIRECCION.

3.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN

El Representante de la Dirección prepara un informe que contiene la información de entrada para desarrollar la revisión por la dirección, dicho informe como mínimo contiene lo siguiente:

- Revisión y seguimiento a la política y los objetivos de calidad.
- Resultados de auditorias.
- Estado de las acciones correctivas.
- Estado de acciones preventivas.
- Tratamiento y estado de No Conformidades.
- Seguimiento a resultados de las encuestas de satisfacción
- Retroalimentación del cliente.
- Seguimiento y tratamiento a las quejas de los clientes.
- Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
- Acciones previas de seguimiento de revisiones por la dirección.
- Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Análisis de las propuestas presentadas, aprobadas y rechazadas.
- Recomendaciones para la mejora.
- Entrenamiento de personal

NOTA: El Representante de la Dirección se apoya en todos los niveles de la organización para compilar y analizar los datos que se incluyen dentro del informe descrito.

3.5.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN

En las reuniones realizadas como parte del proceso de revisión por la dirección se llevan a cabo las siguientes actividades con el fin de formular estrategias de mejoramiento:

- Verificar la eficacia del sistema a partir de las mediciones y seguimientos realizados.
- Evaluar la conveniencia y adecuación del sistema de acuerdo con las necesidades y las condiciones técnicas y económicas de la empresa.
- Evaluar las oportunidades de mejora.
- Evaluar la necesidad de efectuar cambios en el sistema.
- Evaluar las condiciones y necesidades.

A partir de los hallazgos en las actividades mencionadas, la Dirección estructura acciones tendientes a:

- Mejorar el sistema y los procesos identificados internamente.
- Mejorar el producto.
- Suministrar recursos de acuerdo con las necesidades detectadas dentro de los procesos identificados internamente.

CAPITULO 4 GESTION DEL SISTEMA DE CALIDAD

4.1 ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

ALCANCE:

El alcance establecido para nuestro Sistema de gestión de Calidad es *fomentar la generación de fuentes de trabajo en Bucaramanga y sus corregimientos.*

EXCLUSIONES:

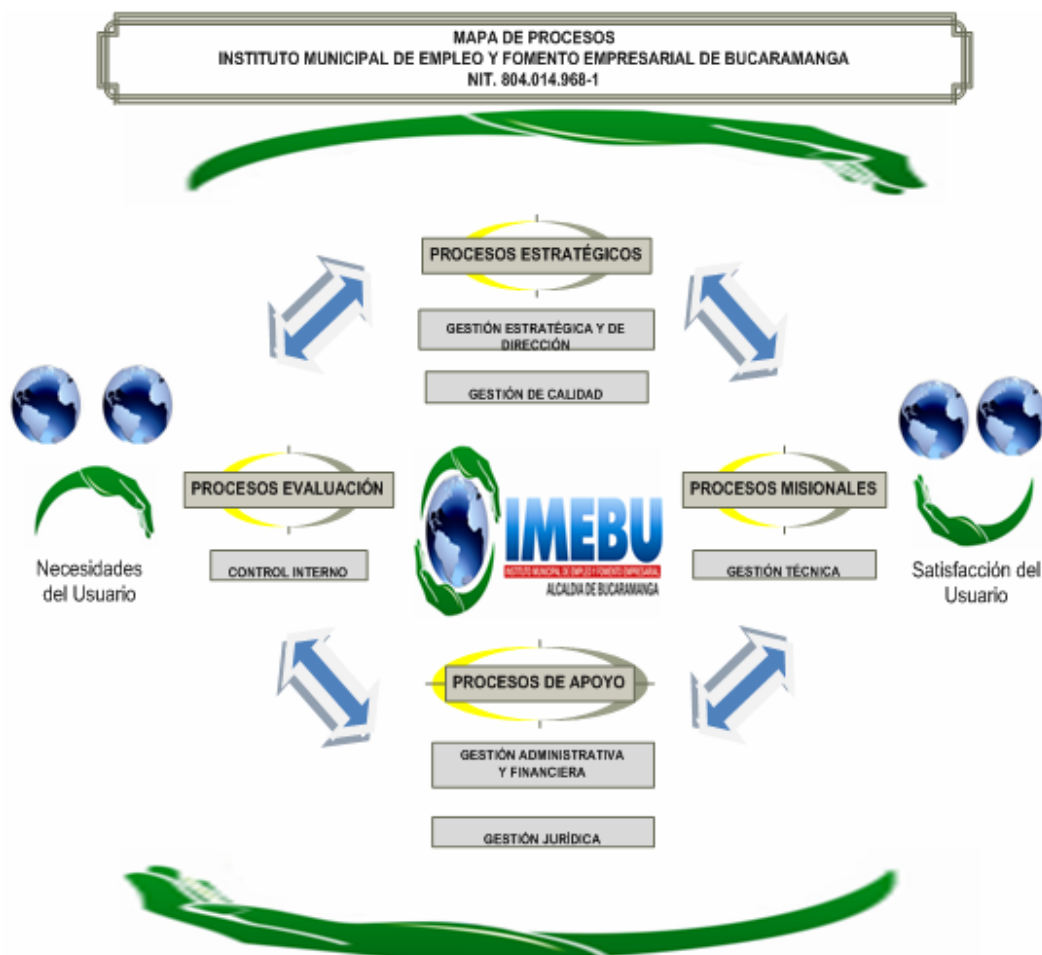
El Sistema de Gestión de la Calidad se ha estructurado teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos especificados en la norma NTC GP1000:2004, excluyendo los siguientes numerales:

7.3. “Diseño y Desarrollo”: Los procesos desarrollados en la Organización han sido establecidos y documentados como parte de la planificación de la realización del producto por lo cual no se realizan actividades de diseño.

7.6. “Control de Dispositivos de Seguimiento y Medición”: En los procesos y productos desarrollados en la Organización no se emplean dispositivos de seguimiento y medición.

4.2 MAPA DE PROCESOS

Con el fin de satisfacer a los clientes de IMEBU se ha implementado un Sistema de Gestión de la Calidad, estableciendo una serie de procesos que interactúan entre si para garantizar superar las expectativas de nuestros clientes, representados por el siguiente MAPA DE PROCESOS



Nombre del proceso:		GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCION		
Responsable: DIRECTOR GENERAL		Autoridad: ALCALDE DE BUCARAMANGA		
Objetivo del proceso: Establecer las directrices y estrategias necesarias para el direccionamiento y control de la organización, asegurando la disponibilidad de los recursos para la buena prestación de los servicios.				
Objetivo de calidad relacionado:				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa. ➤ Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo. 				
PROCESOS DE ENTRADA/CLIENTE	ENTRADAS (INFORMACION)	ACTIVIDADES - HACER	SALIDAS (INFORMACION)	PROCESOS DE SALIDA / CLIENTE
<p>Todos los procesos del sistema de gestión de calidad</p> <p>Entes de Control</p> <p>Usuario</p> <p>Alcaldía de Bucaramanga</p> <p>Consejo municipal de Bucaramanga</p>	<p>Contratación de actividades para la prestación de servicios</p> <p>Identificación de necesidades y expectativas</p> <p>Información sobre la plataforma estratégica</p> <p>Información para la aprobación de presupuesto y disponibilidad en la asignación de recursos</p> <p>Normatividad aplicable a la organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canales de comunicación interna • Planificación e implementación de cambios en el SGC • Realizar Control de documentos y de registros • Realizar Encuestas para Analizar la satisfacción del usuario • Controlar el producto no conforme • Programar y realizar Auditorias Internas • Implementar metodología para eliminación de la causa de no conformidades reales y potenciales • Seguimiento de indicadores 	<p>Informe de la Gestión Administrativa</p> <p>Supervisión y ejecución de los contratos</p> <p>Cumplimiento de las necesidades de los usuarios</p> <p>Cumplimiento de los objetivos de la planeación estratégica</p> <p>Asignación de recursos</p> <p>Revisión por la dirección</p>	<p>Todos los procesos del sistema de gestión de calidad</p> <p>Alcaldía y/o demás entes de control</p> <p>Entes de Control</p> <p>Usuario</p> <p>Alcaldía de Bucaramanga</p> <p>Consejo municipal de Bucaramanga</p>
RECURSOS		VERIFICAR – SEGUIMIENTO	INDICADORES DE GESTION	
<ul style="list-style-type: none"> • Papelería • Teléfono, fax • Computador • Equipos de oficina 		<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias internas • Control del producto no conforme • Evaluar la satisfacción del cliente • Revisión por la dirección 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla de indicadores 	

Nombre del proceso:		GESTION DE CALIDAD		
Responsable: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO		Autoridad: DIRECTOR GENERAL		
Objetivo del proceso: Dirigir, controlar y mantener al instituto en lo relativo a la calidad, mediante la realización de actividades coordinadas con los diferentes procesos y sus responsables				
Objetivo de calidad relacionado:				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difundir el sistema de gestión de calidad a todos los funcionarios del instituto para mejorar continuamente sus procesos. ➤ Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo. 				
PROCESOS DE ENTRADA/CLIENTE	ENTRADAS (INFORMACION)	ACTIVIDADES - HACER	SALIDAS (INFORMACION)	PROCESOS DE SALIDA / CLIENTE
<p>Todos los procesos del sistema de gestión de calidad</p> <p>Usuario</p> <p>Entes de control</p>	<p>Plan obligatorio anual</p> <p>Información del S.G.C.</p> <p>Necesidades de creación o modificación de documentos para el control de las actividades</p> <p>Necesidades de mejora para el crecimiento del Sistema.</p> <p>Resultados del seguimiento y medición de cada proceso</p> <p>Informe de Encuestas</p> <p>Informes de Auditoria</p> <p>Información de la NC, Reclamo, Queja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar el sistema de gestión de calidad • Establecer las políticas y objetivos de calidad • Ejecutar las disposiciones planificadas para implementar el S.G.C. • Asignación de los recursos necesarios para el buen funcionamiento de la organización. • Ejecución del presupuesto • Ejecutar las actividades y programas de obligatorio cumplimiento • Realizar la revisión por la dirección • Hacer Cumplir con la normatividad legal que le compete 	<p>Informes de de resultados del S.G.C.</p> <p>Informe de encuestas</p> <p>Documentos adecuados para la operación del Sistema</p> <p>Metodología para el tratamiento del producto no conforme</p> <p>Resultados de auditorias</p> <p>Acciones correctivas y preventivas.</p>	<p>Todos los procesos del sistema de gestión de calidad</p> <p>Entes de Control</p> <p>Usuario</p>
RECURSOS		VERIFICAR – SEGUIMIENTO	INDICADORES DE GESTION	
<ul style="list-style-type: none"> • Papelería • Teléfono, fax • Computador 		<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias internas • Control del producto no conforme • Evaluar la satisfacción del cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla de indicadores 	

Nombre del proceso:		GESTIÓN JURÍDICA		
Responsable: ASESOR JURÍDICO		Autoridad: DIRECTOR GENERAL		
Objetivo del proceso: Asesorar a todo el personal del IMEBU en lo pertinente a temas jurídicos y el procedimiento de contratación, así como, velar por una adecuada representación judicial en pro de los intereses del instituto.				
Objetivo de calidad relacionado: Incrementar la satisfacción del usuario mediante un servicio efectivo.				
PROCESOS DE ENTRADA/CLIENTE	ENTRADAS (INFORMACION)	ACTIVIDADES - HACER	SALIDAS (INFORMACION)	PROCESOS DE SALIDA / CLIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los procesos del sistema de gestión de calidad • Usuarios, entes reguladores • Entes gubernamentales • Dirección y planificación estratégica • Contratista Interventor 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de petición • Documentos legales • Manuales de procesos • Investigaciones preliminares • Demandas • Pruebas • Solicitud de conceptos jurídicos • Contratos • Necesidad • Hojas de nombramiento • Solicitud de necesidad • Informe del interventor • Requerimiento contencioso de los procesos • Solicitud 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a todos los funcionarios del instituto en el cumplimiento legal del desarrollo institucional y de todos los procesos. • Asesorar y responder los procesos de carácter legal. • Emitir conceptos jurídicos • Responder derechos de petición • Realizar el proceso contractual • Elaborar actos administrativos • Elaborar nombramientos • Elaborar proyectos de acuerdo jurídico. • Aplicar sanciones de incumplimiento • Elaborar procesos de conciliación • Elaborar actas de común acuerdo 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Contestación de las dudas • Oficios • Contrato • Resolución • Nombramiento • Proyecto • Acto de sanción 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los procesos • Entes de control • Usuarios • Gestión estratégica • Contratista Interventor • Interesado
RECURSOS		VERIFICAR – SEGUIMIENTO	INDICADORES DE GESTION	
<ul style="list-style-type: none"> • Papelería • Teléfono, fax • Computador • Equipos de oficina 		<ul style="list-style-type: none"> • Auditorías internas • Control del producto no conforme • Evaluar la satisfacción del cliente • Revisión por la dirección 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla de indicadores de gestion 	

Nombre del proceso:		GESTIÓN TÉCNICA		
Responsable: SUBDIRECTOR TÉCNICO		Autoridad: DIRECTOR GENERAL		
Objetivo del proceso: Contribuir en el aumento de la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga y sus corregimientos.				
Objetivo de calidad relacionado:				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar métodos que contribuyan con el fortalecimiento de los programas que ofrece la institución. ➤ Contribuir en la generación de fuentes de empleo en Bucaramanga a través de actividades que generen ingresos para el sostenimiento de la comunidad bumanguesa. 				
PROCESOS DE ENTRADA/CLIENTE	ENTRADAS (INFORMACION)	ACTIVIDADES - HACER	SALIDAS (INFORMACION)	PROCESOS DE SALIDA / CLIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión estratégica y directiva • Gestión control interno • Usuarios • Entes de control • Gestión de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de desarrollo • Propuestas • Necesidad de personal • Informe de contratistas • Solicitud 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar y evaluar el plan de desarrollo. • Ejecutar programas y proyectos • Realizar solicitud de personal para ejecución de programas • Realizar interventorias de la ejecución de los recursos de inversión • Viabilidad técnica de propuestas de proyectos de inversión. • Asesorar sobre la información que se requiera. • Elaborar y responder correspondencia inherente a programas y proyectos de la entidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de desarrollo estructurado • Concepto técnico • Solicitud de personal • Informe de interventoria • Actas de ejecución y liquidación de contrato • Resolución de inquietudes • Oficios resueltos 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión estratégica • Gestión Administrativa y Financiera • Gestión estratégica y directiva • Gestión control interno
RECURSOS		VERIFICAR – SEGUIMIENTO	INDICADORES DE GESTION	
<ul style="list-style-type: none"> • Papelería • Teléfono, fax • Computador • Equipos de oficina 		<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias internas • Control del producto no conforme • Evaluar la satisfacción del cliente • Revisión por la dirección Seguimiento indicadores de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla de indicadores de gestión 	
DOCUMENTOS RELACIONADOS		ACTUAR	REQUISITOS	

Nombre del proceso:		CONTROL INTERNO		
Responsable: ASESOR CONTROL INTERNO		Autoridad: DIRECTOR GENERAL		
Objetivo del proceso: Evaluar, monitorear y realizar seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad y a la gestión de la Entidad, generando las recomendaciones pertinentes, además asesorar a la alta dirección para el cumplimiento de sus objetivos Institucionales.				
Objetivo de calidad relacionado:				
PROCESOS DE ENTRADA/CLIENTE	ENTRADAS (INFORMACION)	ACTIVIDADES - HACER	SALIDAS (INFORMACION)	PROCESOS DE SALIDA / CLIENTE
<ul style="list-style-type: none"> Exigencias de la norma. Necesidades de las partes interesadas. Acuerdos de gestión, planes y programas, mejoramiento individual, por procesos. Misión, visión, valores, acuerdos de gestión, planes y programas, mejoramiento individual, por procesos, institucionales Actividades críticas para el logro de los objetivos de la organización 	<p>Soportes Cumplidos</p> <p>Análisis de datos, seguimiento, cronogramas de auditorias, cumplimiento de estratégico de evaluación e</p> <p>Control y evaluación independiente y auditorias internas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar el cronograma de actividades de la oficina de control Interno en forma aleatoria según los planes de acción de cada proceso. Programar las actividades según el cronograma diseñado por la oficina. Realizar periódicamente visitas presenciales a cada proceso, según fecha pactada. Seleccionar documentos, registros para soportar el acta Socializar conclusiones y recomendaciones con las personas responsables del proceso evaluado. Elaborar actas del proceso donde se practico la evaluación, seguimiento o asesoramiento. Autoevaluación del control y autoevaluación a la gestión 	<ul style="list-style-type: none"> Cronograma de actividades por c/u de las dependencias. Papeles de trabajo, encuestas. Oficios Informes, acciones correctivas, acciones preventivas, mejoramiento continuo, sistema de control interno implementado. Oficina de control interno auditores internos Seguimiento y medición de la eficacia, eficiencia, efectividad de los procesos, nivel de ejecución de 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los procesos Gestión Estratégica Procesos de la entidad y sus responsables Procesos de control interno

Anexo 8. Codificación de documentos.

CODIGO PARA DOCUMENTACION ISO 9001			
ISO ORGANIZACIÓN DE STANDARES INTERNACIONALES			
CÓDIGOS DE LOS PROCESOS		CÓDIGOS DE LOS TIPOS DE DOCUMENTOS	
GCA GESTION DE CALIDAD		M MANUAL	
GED GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCIÓN		P PROCEDIMIENTO	
GAF GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		A ANEXO	
GJ GESTION JURIDICA		G GUÍA	
CI CONTROL INTERNO		F FORMATO	
GT GESTION TECNICA		I INSTRUCTIVO	
CODIFICACIÓN DE MANUALES			
M	PROCESO ASOCIADO	PROCEDIMIENTO PERTENECE	CONSECUTIVO
<p>POR EJEMPLO: M-GED-PED 01, corresponde al Manual de Calidad (M) de la organización, el cual se encuentra asociado directamente con el proceso Gestión Estratégica (GED), al procedimiento de estratégico de dirección (PED) El numero (01), corresponde al consecutivo</p>			
CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
P	PROCESO ASOCIADO	PROCEDIMIENTO PERTENECE	CONSECUTIVO
<p>POR EJEMPLO: P-GCA-PGCA-01, corresponde al Procedimiento (P) control de Documentos, el cual hace parte del proceso Gestión de Calidad (GCA), al procedimiento al que pertenece (PGCA) El numero (01), corresponde al consecutivo para diferenciarlo de los otros procedimientos</p>			
CODIFICACIÓN DE ANEXOS			
A	PROCESO ASOCIADO	PROCEDIMIENTO PERTENECE	CONSECUTIVO
<p>POR EJEMPLO: A-GCA-PGCA-01, corresponde al Anexo (A) Codificación de Documentos, el cual hace parte del proceso Gestión de calidad (GCA), procedimiento al que pertenece (PGCA) y el numero (01), corresponde al consecutivo para diferenciarlo de los otros anexos.</p>			
CODIFICACIÓN DE FORMATOS			
F	PROCESO ASOCIADO	PROCEDIMIENTO PERTENECE	CONSECUTIVO
<p>POR EJEMPLO: F-GCA-PGCA-01, corresponde al Formato (F) Listado Maestro de Documentos, el cual hace parte del proceso Gestión de calidad (GCA), procedimiento al que pertenece (PGCA) y el numero (01), corresponde al consecutivo para diferenciarlo de los otros formatos.</p>			

Anexo 9. Procedimientos obligatorios

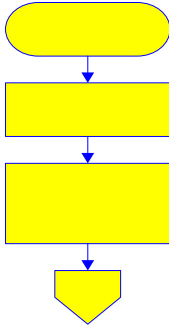
Procedimiento de auditorias

OBJETIVO:

Realizar un examen sistemático e independiente del SGC para determinar si las actividades y los resultados relacionados con la calidad cumplen las disposiciones preestablecidas y evidenciar la eficacia de las mismas frente a los requisitos del cliente.

ALCANCE:

Cubre todos los procesos y procedimientos determinados en el SGC implementado por la organización. Las auditorias internas son realizadas por los Auditores Internos

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>REGISTRO</i>	<i>RESPONSABLE</i>
	<p>1. Se programa mes de la auditoria interna del SGC y se registra en el formato programación de auditorias con la aprobacion de gerencia.</p>	<p>Formato Programación de auditorias</p>	<p>Coordinador de Calidad Gerente</p>
	<p>2. Se determina el auditor y los procesos a auditar. Se informa a los responsables de los procesos a auditar, con anterioridad de mínimo 8 días a la fecha de auditoria para confirmar su disponibilidad. Los auditores pueden ser internos o externos y deben cumplir con el perfil establecido en el manual de funciones de la organización. La planeación de la auditoria se evidencia en el formato plan de auditoria.</p>	<p>Plan de auditoria</p>	<p>Auditor Interno</p>

	<p>3. Las listas de chequeo las realiza el auditor interno con base en la documentación existente de la actividad que realiza el auditado. Esta debe ser por procesos.</p>	Formato Lista de Chequeo	Auditor Interno
	<p>4. Para la apertura de la auditoria interna, se realiza una reunión de apertura entre el auditor y las personas a auditar, en donde se informa sobre los siguientes aspectos: Introducción: Presentación formal del auditor ante los auditados. Objeto de la auditoria: Descripción del objeto por el cual se desarrolla la auditoria. Revisión del plan de auditoria: Confirmar el tiempo programado para las áreas o personas a auditar.</p>	Formato Plan de Auditoria	Auditor Interno y Auditados
	<p>5. En el desarrollo de la auditoria se revisan los requisitos legales que le competen a la organización y los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 y se determina la conformidad o no de los mismos.</p> <p style="text-align: center;">1</p>	Formato Lista de chequeo	Auditor Interno y Auditados
	<p>6. Los hallazgos son los resultados que se obtienen durante la ejecución de la auditoria, estos pueden ser de tres tipos: No conformidad: Se emite cuando no se cumple con un requisito de la norma ISO 9001:2000 o un incumplimiento legal y se registrarán en el formato acciones correctivas y preventivas. Observación: Se emite cuando se detecta una acción potencial para prevenir algo que no ha sucedido pero que puede suceder, también se toman como sugerencias para mejoramientos de la organización, y es por medio de la Alta gerencia quien decide si se lleva a cabo o no esta sugerencia. Se registran en el informe de auditoria y si se decide actuar sobre la Observación se registra en el formato acciones correctivas y preventivas. Fortaleza: Es el suceso por el que se destaca la organización</p>	Formato Lista de Chequeo	Auditor Interno

4. REUNIÓN DE APERTURA

5. AUDITORIA

6. HALLAZGOS DE AUDITORIA

	<p>7. Al terminar la auditoria se hace una reunión de cierre en la que participan las personas que fueron auditadas y el respectivo auditor. Dicha reunión se realiza con el fin de comunicar los hallazgos y las conclusiones encontradas</p>	N/A	Auditor Interno y Auditados
	<p>8. En el informe se describe el objeto y alcance de la auditoria, el desarrollo de la auditoria realizada, los hallazgos detectados (fortalezas, observaciones y/o no conformidades) y las recomendaciones para la mejora, así como la conclusión de la auditoria. Todo lo anterior se plasma en el informe de auditoria entregado por el Auditor como máximo a los 8 días de haber realizado la auditoria</p>	Formato Informe de Auditoria	Auditor Interno
	<p>9. Si se detectaron no conformidades, inmediatamente se levantan las acciones correctivas con su respectivo plan de acción, de igual forma aplica para las posibles acciones preventivas detectadas en la auditoria realizada. Posteriormente se hace seguimiento a las acciones tomadas, para verificar su eficacia. La auditoria interna de todo el Sistema de Gestión de Calidad de la organización, se realiza mínimo dos veces al año, esta frecuencia puede variar según los siguientes aspectos: La eficacia y el funcionamiento del sistema. Resultados de auditorias internas previas. Cambios significativos en los procesos o implementación de nuevos procesos. Procesos críticos o implementación que requieran más control.</p>	Formato Acciones correctivas y preventivas	Gerente y Líderes de proceso

REALIZAR INFORME DE AUDITORIA

9. ¿SE PRESENTA NO CONFORMIDAD? NO ACCIONES PREVENTIVAS

SI

ACCIONES CORRECTIVAS

PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

OBJETIVO:

Describir el procedimiento para asegurar el control de todos los documentos en lo que se refiere a la realización, revisión, aprobación, y distribución de los mismos.

ALCANCE:

Aplica a los responsables de control de documentos y aquellas personas que tengan bajo su resguardo documentos controlados que incidan en el sistema de gestión de calidad.

GLOSARIO

- **MANUAL DE CALIDAD:** El manual de Calidad es un documento que, debidamente autorizado, formaliza la Política de la empresa relativa a la Administración de la Calidad, definiendo las normas, características de los procesos y los procedimientos operativos de referencia, los objetivos de calidad, el sistema de responsabilidad y las normas internas. Se trata de una recopilación estructurada de todas las normas, los criterios, las instrucciones y las recomendaciones que aseguran la calidad del bien o servicio, teniendo como fin los objetivos fijados por la Dirección.
- **SISTEMA DE CALIDAD:** Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la Administración de la Calidad.
- **TRAZABILIDAD:** Capacidad para reconstruir el historial de la utilización, o la localización de un artículo o de una actividad mediante una identificación registrada.
- **PROCEDIMIENTO:** Forma específica de llevar a cabo una actividad.
- **INSTRUCTIVO:** Describen las operaciones que hay que realizar en cada proceso o en cada puesto de trabajo. Es un conjunto muy amplio de documentos que debe ser revisado cada vez que se modifica un proceso o un método de trabajo.
- **REGISTROS:** Documento que proporciona evidencia objetiva de actividades realizadas o de resultados obtenidos.
- **DIFUSIÓN:** Dar a conocer en reuniones o por escrito a los usuarios o proveedores, cualquier documento declarado o que incida en el sistema de gestión de calidad de la Dirección General de Planeación, Programación y Evaluación Educativa.
- **DOCUMENTO EXTERNO:** Información que sirve para apoyar el desarrollo de las actividades y funciones del sistema de

- **MANUAL DE CALIDAD:** El manual de Calidad es un documento que, debidamente autorizado, formaliza la Política de la empresa relativa a la Administración de la Calidad, definiendo las normas, características de los procesos y los procedimientos operativos de referencia, los objetivos de calidad, el sistema de responsabilidad y las normas internas. Se trata de una recopilación estructurada de todas las normas, los criterios, las instrucciones y las recomendaciones que aseguran la calidad del bien o servicio, teniendo como fin los objetivos fijados por la Dirección.
- **SISTEMA DE CALIDAD:** Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la Administración de la Calidad.
- **TRAZABILIDAD:** Capacidad para reconstruir el historial de la utilización, o la localización de un artículo o de una actividad mediante una identificación registrada.
- **PROCEDIMIENTO:** Forma específica de llevar a cabo una actividad.
- **INSTRUCTIVO:** Describen las operaciones que hay que realizar en cada proceso o en cada puesto de trabajo. Es un conjunto muy amplio de documentos que debe ser revisado cada vez que se modifica un proceso o un método de trabajo.
- **REGISTROS:** Documento que proporciona evidencia objetiva de actividades realizadas o de resultados obtenidos.
- **DIFUSIÓN:** Dar a conocer en reuniones o por escrito a los usuarios o proveedores, cualquier documento declarado o que incida en el sistema de gestión de calidad de la Dirección General de Planeación, Programación y Evaluación Educativa.
- **DOCUMENTO EXTERNO:** Información que sirve para apoyar el desarrollo de las actividades y funciones del sistema de gestión de calidad y que no es elaborado por las áreas que integran a la organización, algunos documentos externos son las circulares, comunicados, norma ISO 9001:2000, leyes, decretos, entre otros.
- **DOCUMENTO CONTROLADO:** Documento generado por el área responsable que incide en el sistema de gestión de calidad implementado. El documento debe presentar identificación y un lema que dice "DOCUMENTO CONTROLADO" o puede ser un sello con la palabra "copia controlada"
- **DOCUMENTO OBSOLETO:** Es aquel documento que sufre una modificación y, por tanto, cambia de número de revisión, se convierte en documento obsoleto el que tiene la versión anterior y se identifica con x o /, para poder ser utilizado como reciclaje o para su destrucción
- **LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS:** Es el formato donde se registran todos los documentos internos o externos (con excepción de los formatos, estos van en el listado maestro de registros) declarados en el sistema de gestión de calidad. El formato contiene la información de: Nombre del proceso y del documento Código del documento, Numero de la última revisión o versión, tipo de documento (externo o interno), nombre de quien lo elaboro, revisó y aprobó, fecha de aprobación, descripción de la última modificación, Responsable del documento, medio (físico o magnético) y ubicación del documento.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	REGISTRO	RESPONSABLE
	1. Se evalúa si existe la necesidad de crear un nuevo documento, o corregir un documento ya elaborado.	N/A	Personal interesado
	2. Se analiza si es aplicable o no a la organización.	N/A	Coordinador de Calidad
	3. Se recoge toda la información necesaria y relevante para la elaboración del documento.	N/A	Coordinador de Calidad Personal interesado
	4. El código se asigna siguiendo las recomendaciones incluidas en el anexo 1: Guía codificación de la documentación. INICIO	anexo 1: Guía codificación de la documentación.	Coordinador de Calidad Personal interesado
	5. Se revisa que el documento cumpla con los requisitos establecidos por la organización y la coherencia con otros elementos del sistema, como lo es el manual de calidad y la norma ISO 9001. 1. NECESIDAD DE CREAR O MODIFICAR UN DOCUMENTO	N/A	Coordinador de Calidad
	6. Se modifica el documento en caso de algún cambio al primer borrador. 2. ANALIZAR SU CAPACIDAD	Formato Listado Maestro De Documentos	Coordinador de Calidad
	7. Después de la revisión por parte del Coordinador de Calidad, y/o el Gerente, analizan si el documento debe ser aprobado, haciendo las respectivas recomendaciones si aplica la necesidad. 3. ELABORAR EL BORRADOR DEL DOCUMENTO	Formato Listado Maestro De Documentos	Coordinador de Calidad y/o Gerente

4. REVISAR EL DOCUMENTO

5. ¿HAY MODIFICACIONES?

NO

1

154

SI

6. APROBAR EL

	<p>8. Ya siendo aprobado el documento se identifica, cumpliendo VER ANEXO 2: <u>GUIA DE IDENTIFICACION DE DOCUMENTOS</u>, de igual forma se diligencia el formato LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS (Ver paso 9) donde se registra quien elaboró, revisó y aprobó el documento, así como la fecha de aprobación, número de revisión entre otros.</p>	<p>Formato Listado Maestro De Documentos</p> <p>Guía De Identificación De Documentos</p>	<p>Coordinador de Calidad</p>
	<p>9. Las copias controladas son documentos que el Coordinador de Calidad tiene que cambiar cada vez que se realice una modificación al documento. Dichas copias se identifican con un sello o lema que dice "COPIA CONTROLADA", el cual se aplica en las copias del documento original.</p>	<p>Documento Aprobado</p> <p>Formato Listado Maestro De Documentos</p>	<p>Coordinador de Calidad</p>
	<p>10. Diligenciar El formato llamado <u>listado maestro de documentos</u>, el cual incluyen todos los documentos generados internamente y los documentos externos, este formato contiene toda la trazabilidad de cada documento ya que en él se registra: El nombre del documento, código, ultima versión o revisión, tipo de documento (interno o externo), nombre de quien elaboró, revisó y aprobó, fecha de aprobación, descripción de la última modificación, responsable del documento y medio (físico o magnético) NOTA: En el formato <u>listado maestro de documentos</u> se registran toda clase de documentos con excepción de los formatos, que serán diligenciados y controlados en el <u>formato Lista maestra de registros</u> (ver <u>procedimiento control de registros</u>)</p>	<p>Formato Listado Maestro De Documentos</p>	<p>Coordinador de Calidad</p>
	<p>11. La divulgación se realiza a todas las personas que tengan participación dentro del documento. Las copias de los documentos</p>		<p>Coordinador de Calidad y/o Gerente</p>

<pre> graph TD A[3] --> B[12. RECOGER COPIA DE DOCUMENTOS OBSOLETOS Y DESTRUIDOS.] B --> C[13. MODIFICACIÓN DE VERSIÓN Y CÓDIGO] C --> D([FIN]) </pre>	<p>se les entregan a las personas que están directamente involucradas con el documento y/o a las personas que la gerencia considere conveniente.</p> <p>Se capacitara al personal solo si se cree conveniente por la documentación a divulgar.</p>	N/A	
	<p>12. Se da inicio a la implementación del nuevo documento y se recogen los documentos obsoletos. Estos se identifican con una X o diagonal /\ o un sello que dice "OBSOLETO";</p>	N/A	Coordinador de Calidad
	<p>13. Cada vez que un documento se modifique, la versión se incrementa. El número de la emisión inicial es cero.</p>	Documento modificado	Coordinador de Calidad

PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

OBJETIVO:

Establecer la secuencia de actividades y responsabilidades para el control de los registros en cuanto su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y Disposición Final.

ALCANCE:

Aplica a los responsables de control de registros y aquellas personas que tengan bajo su resguardo documentos controlados que incidan en el sistema de gestión de calidad.

GLOSARIO

MANUAL DE CALIDAD: El manual de Calidad es un documento que, debidamente autorizado, formaliza la Política de la empresa relativa a la Administración de la Calidad, definiendo las normas, características de los procesos y los procedimientos operativos de referencia, los objetivos de calidad, el sistema de responsabilidad y las normas internas. Se trata de una recopilación estructurada de todas las normas, los criterios, las instrucciones y las recomendaciones que aseguran la calidad

del bien o servicio, teniendo como fin los objetivos fijados por la Dirección.

SISTEMA DE CALIDAD: Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la Administración de la Calidad.

TRAZABILIDAD: Capacidad para reconstruir el historial de la utilización, o la localización de un artículo o de una actividad mediante una identificación registrada.

PROCEDIMIENTO: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

INSTRUCTIVO: Describen las operaciones que hay que realizar en cada proceso o en cada puesto de trabajo. Es un conjunto muy amplio de documentos que debe ser revisado cada vez que se modifica un proceso o un método de trabajo.

REGISTROS: Documento que proporciona evidencia objetiva de actividades realizadas o de resultados obtenidos.

DIFUSIÓN: Dar a conocer en reuniones o por escrito a los usuarios o proveedores, cualquier documento declarado o que incida en el sistema de gestión de calidad de la Dirección General de Planeación, Programación y Evaluación Educativa.

DOCUMENTO EXTERNO: Información que sirve para apoyar el desarrollo de las actividades y funciones del sistema de gestión de calidad y que no es elaborado por las áreas que integran a la organización, algunos documentos externos son las circulares, comunicados, norma ISO 9001:2000, leyes, decretos, entre otros.

DOCUMENTO CONTROLADO: Documento generado por el área responsable que incide en el sistema de gestión de calidad implementado. El documento debe presentar identificación y un lema que dice "DOCUMENTO CONTROLADO" o puede ser un sello con la palabra "copia controlada"

DOCUMENTO OBSOLETO: Es aquel documento que sufre una modificación y, por tanto, cambia de número de revisión, se convierte en documento obsoleto el que tiene la versión anterior y se identifica con x o /, para poder ser utilizado como reciclaje o para su destrucción

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS: Es el formato donde se registran todos los documentos internos o externos (con excepción de los formatos, estos van en el listado maestro de registros) declarados en el sistema de gestión de calidad. El formato contiene la información de: Nombre del proceso y del documento Código del documento, Numero de la última revisión o versión, tipo de documento (externo o interno), nombre de quien lo elaboro, revisó y aprobó, fecha de aprobación, descripción de la ultima modificación, Responsable del documento, medio (físico o magnético) y ubicación del documento.

REVISIÓN O VERSION: Se presenta cuando ocurre cualquier modificación en un documento.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	REGISTRO	RESPONSABLE
	1. Necesidad de evidenciar algunas de las actividades que se desarrollan en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la organización.	N/A	Todo el personal de la empresa
	2. Si existe la necesidad se debe Cumplir con el procedimiento del control de documentos la cual pasa por elaboración del formato, revisión y aprobación del mismo.	Formato Listado Maestro de Registros	Coordinador de calidad
	3. Elaboración de los registros necesarios para cada actividad. Es vital que los registros sean legibles y diligenciados en su totalidad.	Formato Listado Maestro de Registros	Responsable de actividad en cada proceso
	4. Los registros son identificados con el nombre asignado al formato en el cual se diligencia. (Ver ANEXO 2: identificación de documentos).	Formato Listado Maestro de Registros	Coordinador de Calidad

¿ES VIABLE LA NECESIDAD? NO 1

SI

2. VER
PROCEDIMIENTO DE
CONTROL DE
DOCUMENTOS

160

3. GENERACIÓN DE
LOS REGISTROS

	<p>5. Con el fin de controlar de forma adecuada los registros, se define para cada uno de ellos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Almacenamiento</i>: sitio en el cual se almacena el registro - <i>Protección</i>: método con el cual se asegura el buen estado del registro - <i>Recuperación</i>: quiénes pueden acceder al registro una vez almacenado - <i>Tiempo de retención</i>: por cuánto tiempo se mantendrá archivado el registro - <i>Disposición final</i>: qué se hace con el registro una vez ha finalizado el tiempo de retención. 	<p>Formato Listado Maestro de Registros</p>	<p>Coordinador de Calidad</p>
--	--	---	-----------------------------------

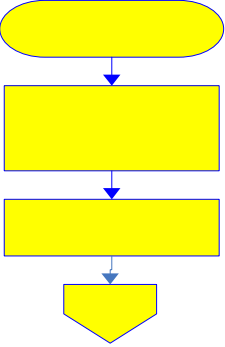
PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

OBJETIVO:

Describir la metodología a seguir para el establecimiento de acciones correctivas y preventivas a partir de No conformidades encontradas con el fin de promover el mejoramiento continuo.

ALCANCE:

Aplica a todos los productos y/o servicios y a sus responsables en cada uno de los procesos, desde el momento que se identifica la no conformidad hasta que se notifica a los interesados.

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD</i>	<i>REGISTRO</i>	<i>RESPONSABLE</i>
	<p>1. A partir de las auditorias internas, externas o de tercera parte, de los resultados de los indicadores por procesos, de las encuestas de satisfacción del cliente, la revisión por la dirección y en general el análisis de datos se identifica la necesidad de tomar acciones correctivas o preventivas.</p>	<p>Formato Acciones Preventivas y Correctivas</p>	<p>Responsable de proceso</p>
	<p>2. Se establecen las causas de las No conformidades reales o potenciales utilizando mecanismos de análisis como el diagrama causa – efecto, método del porque, lluvia de ideas, entre otros. De manera que se identifique la causa principal.</p>	<p>Formato Acciones Preventivas y Correctivas</p>	<p>Responsable de proceso</p>

INICIO

162

1. IDENTIFICAR

<pre> graph TD 1{{1}} --> 3[3. ESTABLECER ACCIONES ENCAMINADAS A ELIMINAR LAS CAUSAS] 3 --> 4[4. VERIFICAR LA TOMA DE ACCIONES] 4 --> 5{5. ¿ACCIÓN EFICAZ?} 5 -- NO --> 3 5 -- SI --> 6[CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD] 6 --> 7[6. EVIDENCIAR EL CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD] 7 --> FIN([FIN]) </pre>	<p>3. Se establecen las acciones correctivas o preventivas encaminadas a eliminar las causas identificadas en el análisis. Se establece la acción, el responsable y la fecha de implementación y la fecha de seguimiento a la eficacia y el responsable por el seguimiento.</p>	<p>Formato Acciones Preventivas y Correctivas</p>	<p>Responsable de proceso</p>
<p>4. En la fecha de implementación el responsable del seguimiento verifica que se hayan tomado las acciones correctivas o preventivas propuestas.</p>	<p>Formato Acciones Preventivas y Correctivas</p>	<p>Responsable de proceso</p>	
<p>5. En la fecha propuesta se evalúa si las acciones tomadas eliminaron realmente las causas de la No conformidad real o potencial evitando su ocurrencia. Si la acción fue eficaz se cierra la no conformidad si no se debe proponer una nueva acción correctiva.</p>	<p>Formato Acciones Preventivas y Correctivas</p>	<p>Responsable de proceso</p>	
<p>6. Se evidencia el cierre de la no conformidad en la casilla de EFICACIA.</p>	<p>Formato Acciones Preventivas y Correctivas</p>	<p>Responsable de proceso</p>	

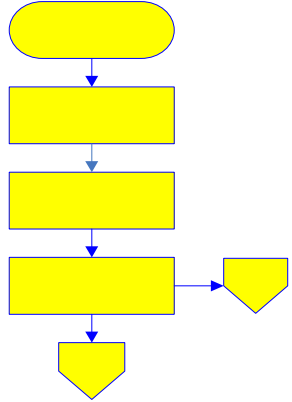
PROCEDIMIENTO NO CONFORMIDADES

OBJETIVO:

Establecer los mecanismos para controlar los productos y servicios no conforme que sea generado en los procesos operativos que afecten la calidad en el cumplimiento de los requisitos del cliente de IMEBU.

ALCANCE:

Aplica a todos los productos y/o servicios y a sus responsables en cada uno de los procesos, desde el momento que se identifica la no conformidad hasta que se notifica a los interesados.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	REGISTRO	RESPONSABLE
	<p>1. Cuando se detecta un producto No Conforme se informa al jefe inmediato y se identifica el PNC. Cuando sea posible se debe adjuntar reportes fotográficos o documentos que soporten y clarifiquen el punto.</p>	N/A	Responsable del proceso
	<p>2. Se procede a diligenciar el formato Reporte de no Conformidad entre el jefe inmediato y las personas involucradas.</p>	Formato Reporte de no Conformidad	Responsable del proceso
	<p>3. El responsable del proceso analiza la acción a seguir que puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acción de corrección - Reproceso - Reparación - Reclasificación - Desecho - Concesión - Acción correctiva 	Formato Reporte de no Conformidad	Responsable del proceso

INICIO

1. DETECTAR 164
PRODUCTO NO
CONFORME

<pre> graph TD 1{{1}} --> 4[4. SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN TOMADA] 4 --> 5{5. ¿LA SOLUCIÓN ES ACERTADA?} 5 -- SI --> 6[6. ENTREGAR O ALMACENAR PRODUCTO] 6 --> FIN([FIN]) 5 --> 2{{2}} </pre>	<p>4. Para la entrega del producto o el levantamiento de la No Conformidad se hace seguimiento para conocer la eficacia de la acción tomada.</p>	<p>Formato Acciones Correctivas y Preventivas</p>	<p>Responsable del proceso</p>
	<p>5. Si la solución no es acertada pasa a la actividad 3. Si la solución es correcta continúa el proceso.</p>	<p>N/A</p>	<p>Responsable del proceso</p>
	<p>6. Luego de inspeccionado el producto se almacena o entrega según corresponda.</p>	<p>N/A</p>	<p>Responsable del proceso</p>

Anexo 10. Informe de auditoria

CARGOS Y ROLES INVOLUCRADOS EN LAS AUDITORIAS REALIZADAS

La auditoria se efectuó a los responsables de los procesos en compañía del personal competente.

PRIMERA FASE. CUMPLIMIENTO DE LA REVISION DOCUMENTAL DEL NIVEL DE ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN GP1000.

A continuación se establece el grado de cumplimiento documental en el Banco de los pobres según los requisitos de la norma GP1000.

ITEM	ASPECTO RELEVANTE	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
4	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	X	
4.1	REQUISITOS GENERALES.	X	
4.2	GESTIÓN DOCUMENTAL.	X	
4.2.1	Generalidades	X	
4.2.2	Manual de Calidad	X	
4.2.3	Control de documentos.	X	
4.2.4	Control de registros	X	
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.	X	
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	X	

5.2	ENFOQUE AL CLIENTE.	X	
5.3	POLÍTICA DE LA CALIDAD	X	
5.4	PLANIFICACIÓN	X	
5.4.1	Objetivos de Calidad.	X	
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad.		X
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.	X	
5.5.1	Responsabilidad y autoridad.	X	
5.5.2	Representante de la dirección.	X	
5.5.3	Comunicación Interna	X	
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	X	
5.6.1	Generalidades.	X	
5.6.2	Información para la revisión.	X	
5.6.3	Resultados de la revisión	X	
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	X	
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	X	
6.2	TALENTO HUMANO	X	
6.2.1	Generalidades	X	
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación		X
6.3	INFRAESTRUCTURA		X
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	X	
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	X	
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	X	
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE.	X	
7.2.1	Determinación de los requisitos para el servicio y/o producto.	X	
7.2.2	Revisión de los requisitos de los servicios y/o productos	X	

7.2.3	Comunicación con el Cliente	X	
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE NUEVOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS.		NA
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo		NA
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo		NA
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo		NA
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo		NA
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo		NA
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo		NA
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo		NA
7.4	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	X	
7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios	X	
7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios	X	
7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos	X	
7.5	PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	X	
7.5.1	Producción y prestación del servicio Control de la producción y de la prestación del servicio.	X	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios	X	
7.5.3	Identificación y trazabilidad de los productos o servicios	X	
7.5.4	Propiedad del Cliente	X	
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio.	X	
7.6	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL		NA
8	MEDICION DE ANALISIS Y MEJORA	X	
8.1	GENERALIDADES	X	
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	X	
8.2.1	Satisfacción del cliente		X

8.2.2	Auditoria interna	X	
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos		X
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio	X	
8.3	CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	X	

8.4	ANÁLISIS DE DATOS E INDICADORES		X
8.5	MEJORA	X	
8.5.1	Mejora continua	X	
8.5.2	Acción correctiva	X	
8.5.3	Acción preventiva	X	

De acuerdo con el análisis anterior se puede concluir que:

- El ciclo de auditoria documental cubre todos los requisitos prioritarios de la norma **NTC GP 1000:2004**
- El nivel de conformidad documental del sistema de gestión de la calidad frente a la norma **NTC GP 1000:2004.** es adecuado a la organización.

SEGUNDA FASE.
VISITA EN SITIO PARA REVISAR EL NIVEL DE ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN GP1000 EN SU IMPLEMENTACION.

PROCESO	NO CONFORMIDAD
GESTION ESTRATEGICA	La alta dirección no tiene definidos los intervalos planificados para realizar la revisión por la dirección de igual forma no se evidencia la revisión No se ha evidencia revisión al sistema de gestión de calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continua, incumpliendo así con el requisito 5.6.1 de la norma GP1000
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	El no cumplimiento de la ley 594 en cuanto a la gestión documental ya que no están identificando, protocolizando y controlando toda la información documental de la entidad No se evidencian soportes de la eficacia de las capacitaciones como lo exige la norma GP1000 en el requisito 6.2.2 en cuanto a que la organización debe tener registros que midan la eficacia de las capacitaciones realizadas como se detecto en la capacitación difundida sobre el Código de ética y buen gobierno dirigida a todo el personal
GESTION TECNICA	No se cumple el requisito 8.2.1 de la norma GP1000 debido a que la organización no tiene establecido un canal de comunicación efectivo para medir la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.
GESTION JURIDICA	No se evidenciaron
GESTION DE CALIDAD	No se cumple con el requisito 4.2.3 literal f). Debido a que la organización no se ha asegurado de que se identifiquen los documentos de origen externo y no se controla su distribución ya que se no se encontró en el Normograma la ley 594 del 2000
CONTROL INTERNO	No se evidencia la toma de acciones preventivas producto de los resultados del mapa de riesgos definidos en la columna de controles del riesgo, incumpliendo así con el requisito 8.5.3 de la norma GP1000

PROCESO	CONFORMIDAD (FORTALEZAS)	OBSERVACIONES
GESTION ESTRATEGICA	Los resultados de la revisión al sistema por parte de la Alta dirección, profundizando el análisis de la información de entrada, tales como las recomendaciones para la mejora, de manera, que se aproveche este medio para hacer participe al personal de la organización durante la misma y se enriquezcan las fuentes de información dirigidas al replanteo de estrategias para ampliar mercados y servicios	Fortalecer el compromiso de la alta dirección por el sistema de gestión de calidad para que sea conocido, interpretado y difundido por todo el personal en expresión de demostrar las herramientas útiles para tener un sistema de calidad eficaz Se debería evaluar la necesidad de contratar directamente los servicios de mantenimiento a equipos de computo para así crear la cultura a ser preventivos con la herramienta primaria que tiene la organización para la prestación del servicio debido a que actualmente es un servicio contratado cuando se requiere reparar algún equipo de computo
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	La gestión por administrar los recursos asignados enfocados a estimular al personal por medio de un efectivo plan de bienestar y de una formación basada en enviar a los funcionarios de cargos críticos a cursos de actualización y diplomados necesarios para la mejora del servicio	Fortalecer el plan de capacitación vinculando refuerzos en Los sistemas implementados bajo la norma GP1000 Y MECI 1000
GESTION TECNICA	No se evidenciaron	Mejorar la planificación de los programas por medio del uso de diferentes herramientas como el CRM para identificar las necesidades del cliente y fortalecer el seguimiento al servicio

CONCLUSIONES

- El sistema de gestión de calidad de la organización no es eficaz en su implementación y es débil en la búsqueda por mejorar el servicio y la satisfacción del cliente.
- El alcance del sistema de gestión de calidad cumple con las exigencias esperadas por el cliente y por su aplicación y control en los procesos, sin embargo puede mejorar la prestación del servicio si toman al sistema de calidad como una cultura participe en todas las actividades diarias
- Tomar las medidas y acciones correctivas y preventivas requeridas para ajustar los procesos de inducción y reinducción, garantizando así el cumplimiento del ciclo PHVA.
- Por la seguridad y salvaguarda de los documentos soportes de la información financiera, es conveniente que se brinden los mecanismos para la adecuada organización, así mismo dar aplicabilidad a la ley 594 de 2000 sobre el manejo de los archivos
- Se recomienda realizar otra auditoría interna para realizar seguimiento a los hallazgos detectados en esta auditoría para así verificar que el sistema de gestión de calidad si es óptimo en su aplicación

INFORME DE AUDITORIA 2

CARGOS Y ROLES INVOLUCRADOS EN LAS AUDITORIAS REALIZADAS

PROCESO AUDITADO	GESTION ESTRATEGICA, GESTION DE CALIDAD, CONTROL INTERNO, GESTION TECNICA, GESTION JURIDICA, GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Numero de Auditoria 002
NOMBRE DEL AUDITOR	Carlos Rengifo	Fecha: 23-04-2010
OBJETIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la eficacia de las acciones tomadas producto de la auditoria 001 2. Evaluar la capacidad del sistema de gestión de calidad para asegurar el cumplimiento con los requisitos reglamentarios y contractuales y del a norma GP1000:2005 3. Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para cumplir con la política y objetivos especificados 4. Determinar el cumplimiento del ciclo PHVA en cada proceso. 	
ALCANCE	Todos los procesos del Sistema de Gestión Integral GP 1000 Y MECI 1000 de IMEBU	
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	Norma NTC-GP1000/2005, Norma NTC-MECI 1000/2004 y documentos del Sistema de Gestión Integral GP 1000 Y MECI 1000 de IMEBU, así como la reglamentación legal que les compete.	

La auditoria se efectuó a los responsables de los procesos en compañía del personal competente.

PRIMERA FASE.
CUMPLIMIENTO DE LA REVISION DOCUMENTAL DEL NIVEL DE ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN GP1000.


A continuación se establece el grado de cumplimiento documental en el Banco de los pobres según los requisitos de la norma GP1000.


ITEM	ASPECTO RELEVANTE	CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
4	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	X	
4.1	REQUISITOS GENERALES.	X	
4.2	GESTIÓN DOCUMENTAL.	X	
4.2.1	Generalidades	X	
4.2.2	Manual de Calidad	X	
4.2.3	Control de documentos.	X	
4.2.4	Control de registros	X	
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.	X	
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	X	
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE.	X	
5.3	POLÍTICA DE LA CALIDAD	X	
5.4	PLANIFICACIÓN	X	
5.4.1	Objetivos de Calidad.	X	
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad.	X	
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.	X	
5.5.1	Responsabilidad y autoridad.	X	
5.5.2	Representante de la dirección.	X	

5.5.3	Comunicación Interna	X	
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	X	
5.6.1	Generalidades.	X	
5.6.2	Información para la revisión.	X	
5.6.3	Resultados de la revisión	X	
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	X	
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	X	
6.2	TALENTO HUMANO	X	
6.2.1	Generalidades	X	
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación	X	
6.3	INFRAESTRUCTURA	X	
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	X	
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	X	
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	X	
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE.	X	
7.2.1	Determinación de los requisitos para el servicio y/o producto.	X	
7.2.2	Revisión de los requisitos de los servicios y/o productos	X	
7.2.3	Comunicación con el Cliente	X	
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE NUEVOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS.		NA
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo		NA
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo		NA
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo		NA
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo		NA
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo		NA
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo		NA
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo		NA
7.4	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	X	

7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios	X	
7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios	X	
7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos	X	
7.5	PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	X	
7.5.1	Producción y prestación del servicio Control de la producción y de la prestación del servicio.	X	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios	X	
7.5.3	Identificación y trazabilidad de los productos o servicios	X	
7.5.4	Propiedad del Cliente	X	
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio.	X	
7.6	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL		NA
8	MEDICION DE ANALISIS Y MEJORA	X	
8.1	GENERALIDADES	X	
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	X	
8.2.1	Satisfacción del cliente	X	
8.2.2	Auditoria interna	X	
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	X	
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio	X	
8.3	CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	X	
8.4	ANÁLISIS DE DATOS E INDICADORES	X	
8.5	MEJORA	X	
8.5.1	Mejora continua	X	
8.5.2	Acción correctiva	X	
8.5.3	Acción preventiva	X	

De acuerdo con el análisis anterior se puede concluir que:

 El ciclo de auditoria documental cubre todos los requisitos prioritarios de la norma **NTC GP 1000:2004**

 El nivel de conformidad documental del sistema de gestión de la calidad frente a la norma **NTC GP 1000:2004.** es adecuado a la organización.

SEGUNDA FASE.
VISITA EN SITIO PARA REVISAR EL NIVEL DE ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN GP1000 EN SU IMPLEMENTACION.

PROCESO		NO CONFORMIDAD
GESTION ESTRATEGICA		A la fecha no se ha realizado revisión por la dirección incumpliendo así con el requisito 5.6 de la norma GP1000
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		No se evidencia cumplimiento del plan de bienestar e incentivos para el personal incumpliendo así con lo estipulado por la organización para mejorar el ambiente de trabajo (requisito 6.4 de la norma GP1000)
GESTION TECNICA		No se evidenciaron
GESTION JURIDICA		No se evidencia la firma por parte de la Directora general en la solicitud 003 del 19/01/10 para el contrato de prestación de servicio de la Señorita Maria del Pilar Jaime Cuadros
GESTION DE CALIDAD		No se evidenciaron
CONTROL INTERNO		No se evidenciaron
PROCESO	CONFORMIDAD (FORTALEZAS)	OBSERVACIONES
GESTION ESTRATEGICA	El deseo de la dirección de convertir el sistema de gestión implementado en IMEBU, en la oportunidad única para modernizar a la organización, por medio de la estandarización de sus procesos, la respectiva distribución de recursos, la correcta asignación de responsabilidades y la consecución de resultados enmarcados dentro de un sistema administrativo dirigido hacia el	Optimizar el sistema de gestión de calidad para poder buscar como objetivo la certificación del sistema bajo la norma GP1000 por una entidad habilitada en el país para tal fin

GESTION ESTRATEGICA	<p>El deseo de la dirección de convertir el sistema de gestión implementado en IMEBU, en la oportunidad única para modernizar a la organización, por medio de la estandarización de sus procesos, la respectiva distribución de recursos, la correcta asignación de responsabilidades y la consecución de resultados enmarcados dentro de un sistema administrativo dirigido hacia el mejoramiento continuo de sus procesos, la transparencia de los mismos y el reconocimiento de clientes y comunidad ante una organización comprometida por el apoyo empresarial.</p> <p>El gran incremento de visitas por parte de usuarios interesados en obtener créditos para crear empresa, evidencia que la institución ya es reconocida por el excelente servicio que ofrece a la comunidad en general</p>	Optimizar el sistema de gestión de calidad para poder buscar como objetivo la certificación del sistema bajo la norma GP1000 por una entidad habilitada en el país para tal fin
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	El interés por motivar al personal a que se involucre con el sistema de gestión de calidad.	No se evidenciaron
GESTION TECNICA	La metodología en cada programa evidencia un acompañamiento efectivo a los nuevos empresarios ya que proporcionan herramientas gerenciales y fortalecen el entorno de las ideas empresariales para impulsarlas en el	<p>Dejar evidencia de las reuniones periódicas que realizan en la organización para poder hacer seguimiento de los compromisos pactados</p> <p>Se recomienda plasmar las opciones de</p>

GESTION TECNICA	La metodología en cada programa evidencia un acompañamiento efectivo a los nuevos empresarios ya que proporcionan herramientas gerenciales y fortalecen el entorno de las ideas empresariales para impulsarlas en el mercado nacional	Dejar evidencia de las reuniones periódicas que realizan en la organización para poder hacer seguimiento de los compromisos pactados Se recomienda plasmar las opciones de mejoras como plan de acción para efectuar mayor seguimiento y evaluar la eficacia de la gestión realizada Replantear nuevos indicadores de gestión para que les permita medir a profundidad la calidad del servicio, la agilidad en la prestación del mismo, la eficacia en las convocatorias efectuadas y la efectividad de cada acompañamiento realizado (publicidad, estudios de mercado, análisis financiero, entre otros) a los nuevos empresarios
GESTION JURIDICA	El interés por no estancar los derechos de petición y demandas que le realizan a la organización, dando tramite inmediato para cuando lo requieren	No se evidencio
GESTION DE CALIDAD	El sistema de gestión de calidad demuestra grandes cambios producto de la aplicabilidad que cada proceso le da al ciclo PHVA	Sensibilizar al personal en la importancia de montar planes de acción ya sean correctivos o preventivos para así la gestión de cada proceso
CONTROL INTERNO	No se evidenciaron	Se recomienda actualizar el mapa de riesgos de la organización ya que la matriz debe ser retroalimentada y revisada en cumplimiento a las acciones tomadas por los controles establecidos

Anexo 11: Plan de auditoria

PROCESO A AUDITAR:	GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCIÓN, GESTION DE CALIDAD, CONTROL INTERNO, GESTION TECNICA, GESTION JURIDICA, GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
NOMBRE AUDITOR:	CARLOS RENGIFO
ALCANCE:	Todos los procesos del Sistema de Gestión Integral GP 1000 Y MECI 1000 de IMEBU
OBJETIVO:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar documentalmente el grado de conformidad del SGC INTEGRAL GP1000 Y MECI1000 2. Evaluar la capacidad del SGC INTEGRAL GP1000 Y MECI1000 para asegurar el cumplimiento con los requisitos reglamentarios y contractuales. 3. Evaluar la eficacia del SGC INTEGRAL GP1000 Y MECI1000 para cumplir los objetivos especificados
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	Norma NTC-GP1000/2005, Norma NTC-MECI 1000/2004 y documentos del Sistema de Gestión Integral GP 1000 Y MECI 1000 de IMEBU, así como la reglamentación legal que les compete.

Fecha de Auditoria: 23-04-2010

HORA	PROCESO	ENTREVISTADOS	FIRMA
9:00	REUNIÓN DE APERTURA	Todos los Responsables de los procesos	
9:30	GESTION ESTRATEGICA Y DE DIRECCIÓN		
10:30	GESTIÓN TÉCNICA		
12:00	ALMUERZO	NO APLICA	
14:00	GESTIÓN JURÍDICA		
15:00	GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
16:30	REUNION DE CIERRE	Todos los Responsables de los procesos	

Anexo 12. Formato de Acciones Correctivas y Preventivas.

Fecha _____ Acción Correctiva Acción Preventiva

Proceso:		Responsable:	
Descripción de la No Conformidad (Real o Potencial)			
Persona que detectó:			
Causas de la No Conformidad (Real o Potencial)			
Plan de Acción (Acciones Correctivas o Preventivas)			
Responsable		Fecha de Implementación	
Seguimiento			
Fecha	Estado de Avance		Responsable
Eficacia			
NO CONFORMIDAD O PROBLEMA POTENCIAL CERRADO: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
FECHA PARA PROXIMA AUDITORIA (Si aplica):			